

M-P
VIEGAS

Laura Maria Monteiro Viegas

ATITUDES DOS ENFERMEIROS PARA COM OS IDOSOS

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Lisboa, Setembro 2001

037040

Faculdade de Psicologia
Instituto de Educação
Universidade de Lisboa
BIBLIOTECA

ATITUDES DOS ENFERMEIROS PARA COM OS IDOSOS

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da
Universidade de Lisboa

Orientação Científica: Prof. Doutora Maria Eugénia Duarte Silva

Laura Maria Monteiro Viegas

Lisboa, Setembro 2001

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à minha orientadora, a Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva, a disponibilidade, empenho, encorajamento e ajuda preciosa no acompanhamento deste percurso.

À minha amiga Isaura Pires agradeço a sua disponibilidade, incentivo, ajuda, e partilha nesta fase da minha vida.

Os meus agradecimento vão também para:

- Todos os enfermeiros que colaboraram como participantes nesta investigação, sem os quais não teria sido possível concretizar este trabalho.
- A Professora Doutora Ana Sousa Ferreira pela orientação no tratamento estatístico dos dados e pelas sugestões recebidas.
- Todos os amigos que apoiaram e incentivaram ao longo deste tempo, nomeadamente o Armando, a Graça, a Rosário e o Vilelas.
- A minha mãe pela paciência e encorajamento e por ter acreditado na minha capacidade para o realizar quando tal me parecia impossível.
- O Nino pela presença permanente nos momentos mais difíceis.

RESUMO

O acentuado declínio da natalidade, e o aumento da esperança de vida tornou o envelhecimento num problema actual e prioritário. Os dados estatísticos revelam a importância do "espaço" que o universo da população idosa ocupa na nossa estrutura demográfica. A vulnerabilidade do idoso em contrair doenças leva-o a ser cliente assíduo dos serviços de saúde. As atitudes dos enfermeiros influenciam o modo como cuidam dos idosos. Atitudes estereotipadas sobre o idoso, por parte dos enfermeiros, podem prejudicar o idoso, na medida que este assimila as imagens estereotipadas que os outros têm dele. Por outro lado, na interacção com o idoso os estereótipos negativos podem ser activados, pelas características físicas que caracterizam o envelhecimento e pela comunicação verbal e não verbal. Esta reciprocidade leva a sentimentos que não favorecem o idoso, como pessoa no seu projecto de vida. Daí surgir a necessidade de conhecer as atitudes dos enfermeiros para com os idosos, como é que as características sócio - demográficas e profissionais destes influenciam tais atitudes e quais as repercussões dessas mesmas atitudes no tipo de cuidados que são prestados pelos enfermeiros. A pesquisa realizada concretizou-se através de um estudo descritivo e exploratório, originando dois estudos: o estudo 1, realizado com uma amostra de 672 enfermeiros que responderam à Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas (AKPI) e o estudo 2 realizado com uma amostra de 20 enfermeiros retirados do estudo 1, que foram observados durante uma situação de cuidados a um idoso, registando-se o comportamento de ambos, permitindo conhecer as atitudes dos enfermeiros e a implicação nos cuidados que prestam. Quisemos também conhecer a posição destes enfermeiros face à velhice. Verificámos que os enfermeiros do estudo 1 têm atitudes ligeiramente mais favoráveis nas áreas que a Escala AKPI avalia relativamente à população com que se realizou o estudo do instrumento, para adaptação da referida Escala à população portuguesa; as suas atitudes são influenciadas pelas características sócio - demográficas e psicossociais tais como grupo etário, habilitações académicas, área em que exercem funções, categoria profissional e local onde trabalham.

No estudo 2, verificou-se, pela observação do comportamento do enfermeiro e do idoso que o comportamento do enfermeiro reflecte a ocorrência de mais atitudes negativas - Doente Objecto - com 5 subcategorias (ignora, trabalha mecanicamente, exerce a autoridade, infantiliza e desvaloriza) do que atitudes positivas - Doente Pessoa - com 1 subcategoria (respeito).

Verificou-se reciprocidade entre o comportamento do enfermeiro e a resposta comportamental do idoso face ao comportamento daquele. Os idosos do estudo reagiram com comportamento emocionalmente negativo- com 3 subcategorias (insatisfação, submissão e recusa), emocionalmente positivo neutro - com 2 subcategorias (admiração e indiferença), emocionalmente positivo - com 2 subcategorias (colaboração e satisfação) e comportamento emocionalmente neutro - 1 subcategoria (observa).

Os resultados deste estudo 2 sustentam que as atitudes destes 20 enfermeiros são influenciadas por duas características sócio - demográficas: tempo na profissão e o serviço onde trabalham. Os enfermeiros com o tempo médio de 7.8 A de profissão têm atitudes menos favoráveis e os enfermeiros que trabalham em serviços da área cirúrgica, também têm atitudes menos favoráveis para com os idosos.

As atitudes dos enfermeiros não variam em função da sua posição face à velhice.

...

ABSTRACT

Nowadays, ageing is an important and priority problem, mainly due to growing decline of birth rate and the increase of life expectancy.

The high vulnerability to diseases of the old person turns him into a regular client of the health service.

Nurse attitudes influence the way they take care of old persons in hospitals. The study of these attitudes is the objective of the present research, a descriptive and exploratory work, which originated two studies: the application of the Portuguese adaptation of the Kogan Attitude toward Old People Scale to 672 nurses; the observation study of 20 situations of caring old people by 20 nurses, chosen from the previous study, who also answered the open question "What is ageing for you?".

In the first study, results show that nurses have more positive attitudes toward old people than the population in general. Their attitudes are influenced by their socio-demographic and psycho-social characteristics (age group, specialisation area, professional category, study degree, health service department).

The second study shows that there is reciprocity between the behaviours of nurses and their cared old patients. It also demonstrates that nurse attitudes are influenced by their working time in the profession and by the department where they work and are not influenced by their answers to the question "What is ageing for you?".

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1- ATITUDES	9
1.1 Conceito de atitude	9
1.2 Atitudes, estereótipos e crenças	13
1.3 Atitudes para com os idosos	16
2- ESTEREÓTIPOS	18
2.1 Conceito de Estereótipo	18
2.2 Estereótipos sobre o Idoso	21
2.3 Estereótipos dos Enfermeiros para com os Idosos	37
3- Estudo para a adaptação da versão portuguesa da Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas	47
3.1 Objectivo	47
3.2 Descrição do instrumento	47
3.2.1 Caracterização do instrumento	48
3.3 Procedimentos na adaptação da Escala para a versão portuguesa	52
3.3.1 A tradução para português	52
3.3.2 Avaliação da tradução	53
3.3.3 Propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala	55
3.4 Conclusão	71
4- METODOLOGIA	73
4.1 Objectivos do estudo	73
4.2 Hipóteses e variáveis	73
4.2.1 Hipóteses	73
4.2.2 Variáveis	76

4.3 Caracterização do estudo empreendido	78
4.4 Instrumentos de avaliação utilizados	79
4.5 Procedimento na recolha da amostra	81
5 - ESTUDO 1 E ESTUDO 2	85
5.1 Estudo 1	85
5.1.1 Características da amostra	85
5.1.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados	92
5.1.3 Conclusões	136
5.2 Estudo 2	140
5.2.1 Características da amostra	140
5.2.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados	141
5.2.3 Conclusões	167
6. CONCLUSÕES GERAIS	172
7. REFERÊNCIAS	177

ANEXOS

Anexo 1- Autorização concedida pelo Professor Kogan

Anexo 2- Questionário original, retroversão do Português para o Inglês, versão Portuguesa

Anexo 3- Distribuição dos valores das médias para cada item da Escala AKPI na amostra portuguesa e nas amostras americanas

Anexo 4- Representação gráfica entre a Escala Negativa e a Escala Positiva (n = 209)

Anexo 5- Resultados da consistência interna das Escalas Negativa e Positiva

Anexo 6- Resultados obtidos em cada Escala (negativa e positiva), pelos 3 grupos de idade

Anexo 7- Grelha de observação para o enfermeiro

Anexo 8- Grelha de observação para o idoso

Anexo 9- Questionário (enfermeiros do estudo 2)

Anexo 10- Representação gráfica da relação entre a Escala negativa e a Escala positiva
(n=672)

Anexo 11- Representação gráfica da relação entre o comportamento desadequado do
enfermeiro e o comportamento emocionalmente negativo do idoso.

INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo natural, biológico e dinâmico, habitualmente lento e progressivo, que resulta das relações complexas entre as variáveis biológicas, psicológicas e sociais. A hereditariedade, a carga genética, o estilo de vida, a actividade, o estado nutricional, o meio, a educação e medidas de higiene são alguns dos factores que influenciam o envelhecimento.

O envelhecimento é a transformação das estruturas e funções do organismo, à medida que a idade cronológica avança, resultando no declínio da auto-regulação biológica, declínio físico e social e declínio das capacidades em geral (Birren e Schaie, 1990).

Um aspecto inerente ao envelhecimento é a idade cronológica, a qual é frequentemente avaliada por alterações na aparência e na capacidade de realização das actividades da vida quotidiana (Costa, 2000).

Existe consenso entre os gerontologistas sobre o envelhecimento como um processo singular, irreversível e definido por categorias cronológicas: jovens idosos (dos 67 aos 74 anos), idosos (dos 75 aos 85 anos) e velhos idosos (com mais de 85 anos) (Barrow, 1995).

O grupo etário com mais de 65 anos é muito variado, as suas características variam de acordo com os papéis sociais, as experiências de vida e estado de saúde (Birren e Schaie, 1990). Esta variedade faz com que os idosos de hoje não sejam como os de amanhã e envelhecer seja ser-se mais igual a si próprio, tanto no melhor como no pior (Bize e Valier, 1985), o que torna os idosos num grupo heterogéneo com particularidades próprias, decorrentes da longa vida que cada um já viveu. De facto, os idosos sofrem mudanças diversas, não envelhecendo todos nem ao mesmo tempo nem ao mesmo ritmo (Roy, 1996).

O acentuado declínio da natalidade, com o conseqüente decréscimo da população jovem e o aumento da esperança de vida transformou o envelhecimento num problema prioritário (Borges et al., 2000). O envelhecimento demográfico será particularmente sentido nas

sociedades desenvolvidas da Europa, quando as gerações numerosas do *baby-boom* do pós-guerra forem atingindo a idade da reforma e aumentando os efectivos de pessoas idosas e concomitantemente, as gerações posteriores já bem numerosas, forem entrando na idade activa - situação que se prevê para o início do século XXI (Gago, 1999).

A população residente em Portugal envelheceu. Houve uma diminuição do número de jovens paralelo à diminuição da fecundidade e ao aumento da esperança de vida.

Dados registados pelo Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.) (1999) referem que em Portugal, entre 1991 e 1997, o número de pessoas idosas com 65 e mais anos aumentou em cerca de 159.000. No mesmo período, o número de pessoas com 85 e mais anos de idade sofreu um acréscimo de mais de 14.000. Ainda no mesmo intervalo de tempo, o índice de envelhecimento subiu de 71,4% para 88,5%.

Estes dados revelam a importância particular do "espaço" que o universo da população idosa ocupa na estrutura demográfica em Portugal. Prevê-se que a percentagem de população portuguesa com 65 ou mais anos ultrapasse a dos jovens com menos de 15, entre 2010 e 2015 (Gago, 1999).

Os sujeitos idosos, enquanto grupo, apresentam vulnerabilidade em contrair doenças devido a alterações fisiológicas do envelhecimento e à exposição a factores de risco. Digamos que há um padrão próprio de doença no idoso, caracterizado por patologia múltipla, complicações frequentes e graves, estreita relação com factores sociais, cronicidade, incurabilidade e elevada mortalidade (Costa, 2000).

Presentemente os idosos são o grupo populacional que mais frequenta os serviços de saúde, apresentando elevado consumo de medicamentos e maior número de internamentos nos serviços hospitalares permanecendo neles durante mais tempo: o próprio processo de envelhecimento gera lentidão na recuperação de situações agudas (Borges et al., 2000). As

atitudes dos profissionais de saúde face ao idoso influenciam o modo como dele cuidam (Astle, 1999).

A atitude é uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objecto, pessoa ou conhecimento (Ajzen e Fishbein, 1988; Eagly e Chaiken, 1993). Desta forma, permite situar qual a posição do indivíduo. A resposta avaliativa das atitudes, situam-nas num *continuum* entre extremamente positiva e extremamente negativa incluindo um ponto de referência neutro (Eagly e Chaiken, 1993).

As manifestações das atitudes permitem uma avaliação numa escala objectiva, considerando a atitude como a resposta de um sujeito expressa em termos quantitativos às questões de um questionário devidamente aferido (Alexandre, 1971).

Os idosos são utilizadores de cuidados de saúde, os quais são prestados pelos enfermeiros, que são o grupo profissional que tem mais contacto com o doente porque o faz vinte e quatro horas por dia. Frequentemente ouvimos dizer que determinado enfermeiro teve uma atitude pouco/muito correcta para com o doente da Enfermaria X.

Os enfermeiros, como qualquer actor social, assimilam crenças, conceitos e mitos sobre o idoso e, em consequência, adquirem estereótipos sociais com repercussão no seu comportamento relacional com ele.

Os estereótipos positivos ou negativos produzem correspondentes atitudes positivas ou negativas, que por sua vez contribuem para manter estes estereótipos (Hummert, Gartska e Shaner, 1997).

A percepção que os enfermeiros têm sobre a velhice e envelhecimento influencia a sua maneira de praticar intervenções de enfermagem com os idosos (Roy, 1996). A visão negativa do envelhecimento por parte dos enfermeiros pode impedir o desenvolvimento de uma velhice saudável.

Os idosos são vulneráveis aos comportamentos que os outros manifestam para com eles (Berger, 1995). Como qualquer doente, o idoso adopta mais ou menos conscientemente o papel de vítima impotente de maneira a obter dos outros a atenção e os cuidados que precisa (Hétu, 1988). Gerber (1995) refere que o medo dos idosos relativamente aos profissionais de saúde é sobretudo de retaliação ou rejeição quando percebem que os seus desejos e valores entram em conflito com os dos profissionais de saúde.

Atitudes e estereótipos que levam à discriminação dos idosos reforçam comportamentos desfavoráveis e negam-lhes as necessidades individuais. O enfermeiro que ignora as características individuais do idoso, não o reconhecendo como pessoa única, fruto dos anos que viveu e de como os viveu, não lhe presta cuidados individualizados. Nesta perspectiva, nega os objectivos da individualização desses cuidados: promover a independência através da tomada de decisão e a participação activa do idoso nesses mesmos cuidados. Encorajar o idoso a escolher o seu nível de participação e controle é o caminho para promover a autonomia.

Para Evans (1996), conhecer o paciente idoso é central para determinar as prioridades, atender às necessidades. Esse conhecimento estabelece a diferença entre a rotina e o cuidado personalizado. A relação que o enfermeiro estabelece com o idoso constitui a base de cuidados de enfermagem, ajudando-o a viver melhor e facilitando a plenitude da sua autonomia e liberdade.

Para Berger (1995), o objectivo da Enfermagem Geriátrica é prestar cuidados que visem a saúde, a longevidade e a autonomia do idoso. Os enfermeiros cuidam correctamente quando oferecem aos idosos o carinho de que eles necessitam para atingirem o estado de bem-estar que os torna detentores de vida com qualidade (Costa, 2000).

Nesta dissertação propomos como objectivo geral: explorar as atitudes dos enfermeiros para com o idoso.

Conhecer as atitudes e os estereótipos dos enfermeiros para com os idosos facilita a previsão do comportamento desses cuidadores na relação que estabelecem e dá alguma indicação sobre estratégias para mudar o comportamento se nele estiver implícito atitudes estereotipadas. Estas atitudes constituem-se como um aspecto crítico na qualidade dos cuidados que os enfermeiros prestam aos idosos.

O psicólogo, como profissional na área da saúde mental, faz parte de uma equipa pluridisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dietistas, fisioterapeutas, entre outras, a qual tem por objectivo o bem-estar do indivíduo - o idoso.

O psicólogo contribui para este objectivo na intervenção directa com o doente - promovendo o seu bem-estar psicológico - integrado na equipa dos profissionais de saúde que têm também intervenções psicológicas junto do idoso (Birren e Schaie, 1990).

O doente idoso, além do sofrimento associado à doença tem que enfrentar um outro desafio que contém uma dificuldade acrescida pelo facto de ser mais velho: o tempo que resta até morrer é mais curto e a perspectiva da morte que está próxima, pode tornar o indivíduo extremamente fragilizado.

Esta fragilidade aumenta quando o idoso está internado, porque se encontra num meio que lhe é estranho e que não ousa questionar. Um meio povoado de batas brancas, fundamentalmente por enfermeiros.

Alguns enfermeiros têm tendência para encarar os idosos como se fossem crianças na linguagem que empregam quando se referem a eles "a velhota da cama X não quis comer" ou quando se dirigem a eles "então lindinha vamos lavar-te", criam nos idosos um sentimento de inferioridade que além de desmoralizante pode criar dependência (Payne et al., 2000).

A percepção da diminuição da competência do idoso leva a uma atitude protectora do enfermeiro que o substitui originando enfraquecimento das capacidades físicas que impede a realização das suas actividades de vida diária (Sharpe, 1995).

Esta dependência é reforçada pela posição de superioridade em que o enfermeiro se encontra na relação com o doente, sobretudo quando exerce indiscriminadamente o poder, aumentando a distância psicológica com o paciente que tem tendência a aceitar passivamente os cuidados que o enfermeiro lhe presta, sendo invadido por um sentimento de falta de controle da sua vida, que gera sentimento de impotência e que pode levar à regressão (Orbach, 1994).

Por outro lado, o enfermeiro mais vocacionado para o curar do que para o cuidar, não vê no doente idoso melhoras tão significativas como nos mais jovens, devido à lentidão no processo de recuperação. Este aspecto pode ser desmotivante para o enfermeiro, podendo levar a um processo de pouco investimento que tem subjacente o estereótipo do velho improdutivo, numa sociedade moderna virada para o lucro e para a beleza, acarretando o sentimento de não valer a pena perder tempo com o idoso (Orbach, 1994).

O psicólogo pode ajudar o enfermeiro a compreender o porquê das suas atitudes estereotipadas para com o idoso, sejam aspectos culturais assimilados pelo enfermeiro, sejam aspectos de memórias negativas passadas associadas a pessoas idosas (familiares ou outros doentes), sejam problemas não resolvidos com figuras parentais (Orbach, 1994).

O psicólogo pode explorar os mecanismos de defesa do enfermeiro no conforto com a sua própria velhice quando cuida do idoso, já que a percepção da velhice no outro lhe pode lembrar o declínio físico e psicológico, a dependência, a doença e a morte que inevitavelmente lhe irá acontecer no futuro.

O psicólogo pode ainda ajudar o enfermeiro a tomar consciência dos seus medos e como ultrapassá-los. Também pode dar um contributo precioso ao ajudar os enfermeiros a melhorar as suas capacidades de comunicação com o idoso.

Ao fazer o enfermeiro compreender melhor os sentimentos de cada idoso, permite-lhe estar psicologicamente mais próximo do doente como ser humano e ajudá-lo a passar este

momento difícil da sua vida. Ao mesmo tempo que o psicólogo ajuda o enfermeiro a compreender o doente, aproximando-se psicologicamente dele, ajuda-o também a desenvolver mecanismos de *coping* de forma que essa aproximação com os problemas do doente não implique um envolvimento de tal ordem que afecte a eficácia do seu desempenho profissional, ou seja, ajuda o enfermeiro a estabelecer uma relação empática com o idoso, compreendendo-o na sua globalidade mas sem se deixar arrastar pelas emoções.

O enfermeiro que percebe o idoso como uma pessoa que vive uma fase de desenvolvimento e de oportunidade para fazer o que queria (mas não o fez por falta de tempo), com mais experiência, sabedoria e sensatez, pode enriquecer o seu próprio conhecimento experiencial. O confronto com os problemas e as alegrias dos idosos provoca nos enfermeiros diversas emoções, incitando-o a reflectir sobre assuntos como a vida, a morte, o luto, o sofrimento, a velhice e a doença, contribuindo para o seu crescimento pessoal (Stefft, 1997).

Este técnico de saúde, ao perceber as necessidades individuais de cada idoso, provoca nele um sentimento de compreensão, levando-o a colaborar mais activamente nos objectivos dos cuidados, no caminho para a autonomia. Simultaneamente, o enfermeiro sente-se mais realizado pelo seu desempenho profissional.

Esta dissertação, ao explorar as atitudes dos enfermeiros para com os idosos, pretende chamar a atenção para a importância do psicólogo como profissional de saúde mental, não só no departamento específico, onde habitualmente exerce funções, mas a necessidade da sua presença também noutros serviços / áreas de saúde onde os enfermeiros prestam cuidados a idosos.

Na nossa experiência como profissional de saúde - enfermeira especialista em Enfermagem Geriátrica e Saúde do Idoso, temos observado, frequentemente, interacções entre enfermeiros e idosos nas quais estão implícitas atitudes estereotipadas.

A nossa percepção deste problema ainda é mais aguda devido à nossa formação em Psicologia Clínica que nos permite compreender melhor o impacto destas atitudes negativas na intervenção dos enfermeiros junto dos idosos, revelando-se críticas na qualidade dos cuidados que se prestam a esta população. É neste âmbito que surge o objectivo geral deste trabalho - explorar as atitudes dos enfermeiros para com o idoso. Para tal pretendemos:

- conhecer as atitudes dos enfermeiros para com os idosos através das respostas a uma escala de atitudes - Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas - a que chamaremos o estudo 1;
- conhecer as atitudes de alguns enfermeiros (que responderam à referida Escala de Atitudes) através da observação do comportamento manifestado numa situação de cuidado e qual o seu impacto no comportamento do idoso. Sobre estes enfermeiros, pretendemos ainda conhecer a sua atitude relativamente à velhice através da resposta à pergunta: "o que é para mim a velhice?" - a que denominaremos o estudo 2.

Iniciaremos este trabalho com a abordagem das atitudes em geral e as atitudes para com o idoso em particular, no ponto 1. No ponto 2 abordam-se os estereótipos, a sua importância relativamente aos idosos e o seu impacto nos cuidados que os enfermeiros lhe prestam.

Segue-se a apresentação do estudo da adaptação da versão Portuguesa da Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas. A adaptação desta escala para a população Portuguesa tornou-se necessária já que a referida escala constituiria o instrumento a usar para obter informação sobre as atitudes dos enfermeiros para com os idosos.

Apresenta-se de seguida a metodologia da investigação utilizada, seguindo-se a apresentação, análise e a discussão dos resultados, em que estudo 1 e estudo 2 serão abordados separadamente e, finalmente, a conclusão.

1- ATITUDES

1.1 CONCEITO DE ATITUDE

A atitude permite ao indivíduo organizar a informação disponível de determinada maneira, o que conduz à identificação com o grupo de pertença e à diferenciação em relação aos outros grupos.

As atitudes são processos mentais individuais que determinam as respostas reais e potenciais dos indivíduos no mundo social (Allport, 1954).

A atitude faz parte do mundo subjectivo do sujeito. Permite situar a posição individual do sujeito face à realidade social (Eagly e Chaiken, 1993).

São vários os autores que apresentam definições para o conceito de atitude, vejamos aquelas que para nós são mais representativas:

As atitudes podem referir-se a todo o tipo de referentes sociais (como por exemplo, indivíduos, grupos, ideias, situações, acontecimentos), tanto individuais como colectivos, situados próximos ou afastado do meio do sujeito (Lambert, 1988).

As atitudes levam a pessoa a comportar-se de uma determinada maneira. Este comportamento é caracterizado por uma certa coerência lógica e estabilidade temporal porque os indivíduos organizam as suas atitudes e crenças num sistema interno consistente e estável. Em muitos dos casos, este sistema é rígido, evidenciado pela resistência à mudança (Triandis, 1971).

A atitude engloba um conjunto de reacções afectivas para com o objecto da atitude, derivado de conceitos ou crenças que o sujeito detém acerca desse objecto, levando a uma determinada predisposição para com o objecto da atitude. O objecto da atitude é um referente social determinado e as atitudes que são aprendidas têm estabilidade relativa, variam em

orientação e intensidade e possuem vários graus de inter-relações e alcance (Shaw e Wright, 1968).

Por sua vez, Ajzen (1988) e Eagly e Chaiken (1993) consideram que a atitude é uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objecto, pessoa ou acontecimento. É o que Kogan (1979) chamou predisposição "pró" ou "contra" o objecto da atitude.

As atitudes são avaliações (por exemplo: bom, mau), preferências (por exemplo, relacionar-se com jovens ou com idosos), prescrições (tais como, "os idosos não podem ser discriminados em relação às outras pessoas) (Palmone, 1982).

As atitudes são definidas por Berger (1995) como um conjunto de juízos que orientam o comportamento e que levam a agir. A atitude podendo ser favorável ou desfavorável, desenvolve-se a partir das próprias experiências de cada indivíduo e da informação que ele possui sobre as pessoas ou grupo de pessoas referentes.

Apesar da existência de diferentes perspectivas sobre o conceito de atitude, existem pontos de convergência, nomeadamente:

- as atitudes são sempre referidas face a um objecto;
- as atitudes referem-se a experiências subjectivas;
- as atitudes incluem sempre uma dimensão avaliativa (concordo / não concordo).

Este carácter avaliativo da atitude, em relação ao objecto, é relativamente estável, e tem componentes ou consequências cognitivas, afectivas e, provavelmente, comportamentais (Lambert, 1988).

Rosenberg e Hovland (1960) definem a atitude como a predisposição para responder a um determinado tipo de estímulo, com um determinado tipo de resposta, especificando três categorias de resposta observáveis: afectivas, cognitivas e comportamentais, que se inter-relacionam.

Para Triandis (1971), a atitude é uma ideia carregada de emoção que predispõe a um conjunto de acções como resposta a um conjunto particular de situações sociais. Para este autor, a ideia é a componente cognitiva, a emoção associada é a componente afectiva e a predisposição para a acção, a componente comportamental da atitude.

As respostas cognitivas expressam-se através do uso de declarações verbais, de crenças e opiniões sobre as qualidades, os atributos ou as propriedades do objecto e indicam, ao mesmo tempo, o grau de acordo do sujeito com as ditas declarações (Vaz, 1997).

Esta componente cognitiva é essencial para que possa haver a componente afectiva. O afecto ou a emoção associada ao objecto da atitude dependem da força da conexão com os vários elementos cognitivos e da emoção que se associa a cada um deles, produzindo sentimentos que vão do positivo ao negativo, do favorável ao desfavorável. Tudo se passa com se aprendêssemos os diferentes elementos do nosso meio e nos posicionássemos sempre a favor ou contra (Goulão, 1994).

A componente comportamental refere-se aos comportamentos observáveis, face ao objecto. Newcomb, Turner e Converse (1965) sustentam que as atitudes sociais criam um estado de predisposição à acção, resultante da combinação entre a cognição e o afecto que, num contexto desencadeante, produz comportamento. Está pois implícita uma forte ligação entre atitude e comportamento.

As atitudes das pessoas seriam, fortemente, consistentes com o seu comportamento, quando dirigidas a um objectivo e envolvendo alguma acção (Ajzen e Fishbein, 1977).

Também Yurich (1984) diz que, quando ocorre correspondência entre atitude e comportamento avaliado, a relação tende a ser observável. Determinada atitude poderia então ser inferida a partir da observação do comportamento que determina e das variáveis situacionais que a envolvem.

Também Eagly e Chaiken (1993) se referem ao carácter inferencial das atitudes. Porém, apesar da existência da ligação com o comportamento, as atitudes nunca seriam directamente observáveis, mas apenas inferidas a partir de respostas observadas.

É também nesta linha que Jaspers (1986) afirma que as atitudes têm que ser inferidas a partir do comportamento, visto que não podem ser medidas directamente. Para este autor, as atitudes são vistas como predisposições comportamentais adquiridas, usadas na análise do comportamento social para tornar compreensíveis as variações do comportamento em situações aparentemente iguais. Como predisposições latentes para agir de determinada forma, representam os resíduos da experiência passada que orientam, enviesam ou, de qualquer outro modo, influenciam o comportamento.

A atitude pode ser abordada indirectamente com a ajuda de indicadores, as chamadas escalas de atitudes, as opiniões, os comportamentos, os afectos, uma vez que a atitude não é directamente captável (Leyens, 1979).

As escalas incluem uma exposição de afirmações cujo referente atitudinal varia do positivo para o negativo; a opção por determinada afirmação serve de base para inferir a existência de avaliações positivas ou negativas por parte do sujeito (quanto mais extrema for a avaliação feita, mais extrema é a reacção avaliativa que se infere existir).

Os vários estudos sobre atitudes revelam que as atitudes têm relativa estabilidade temporal- são consistentes com o tempo (Ajzen e Fishbein, 1987) - são facilmente divulgadas e partilhadas por um grupo de pessoas (Butler, 1980) e podem ser um bom predictor para o conhecimento das crenças das mesmas (Ajzen e Fishbein, 1987). Além disso, inscrevem-se na história pessoal dos indivíduos e podem transformar-se pela experiência pessoal e pela interacção social. É por isso que podemos ter uma atitude face aos outros, num determinado momento da vossa vida, e que pode mudar, originando outra atitude face ao mesmo objecto.

Assim, as atitudes não são estáveis no indivíduo ou no grupo, pelo que face ao mesmo objecto, as atitudes podem ser diferentes de indivíduo para indivíduo.

A diferença entre a formação e mudança de atitude reside no facto de na mudança, já existe uma avaliação anterior que pode conduzir a alguma resistência à nova informação ou alterar a interpretação de informação significativa.

A formação e a mudança de atitudes acontece devido à interacção social com a experiência pessoal directa e indirecta em relações fundamentais e significativas, a partir da nova informação.

Os grupos formados nas relações pessoais, como os grupos de amigos, e os grupos formados por relações mais formais têm um papel preponderante na formação e na mudança das atitudes. Também é de realçar a influência social ou seja os três processos que dela resultam: a aceitação como forma de ser aceite pelos outros, a identificação por ser compensatório para o próprio e a interiorização de nova informação congruente com o sistema de valores existente.

As atitudes que têm subjacentes a experiência directa são mais duradouras e relacionam-se mais com o comportamento, o que implica que quanto maior for o conhecimento sobre o objecto da atitude mais resistência há na mudança desta.

1.2 ATITUDES, ESTEREÓTIPOS E CRENÇAS

Um aspecto importante que deve ser clarificado na investigação sobre atitudes é a distinção entre atitude e dois outros constructos teóricos: estereótipo e crença (Knox, Gekowski e Kelly, 1995).

Gocchele (1996) define o estereótipo como uma actividade mental negativa ou positiva que cada um de nós dirige para com os diferentes grupos da sociedade, podendo-se

considerar como uma opinião exagerada associada a uma categoria. O mesmo autor define o preconceito como um julgamento baseado em decisões e experiências anteriores ao julgamento, propriamente dito, e formulado após a avaliação objectiva dos factos.

Na perspectiva do autor, estereótipo e preconceito são formas naturais de perceber a realidade, e não implicam, obrigatoriamente, um julgamento de valor, apesar de ao nível da acção se manifestarem, muitas vezes, por discriminações de certas pessoas ou de certas categorias.

Entende-se por crença, as associações ou ligações que a pessoa estabelece entre o objecto da atitude e os seus vários atributos. A crença pode provocar uma atitude positiva ou negativa quando acompanhada de uma componente afectiva (Vaz, 1997) e é potencialmente confirmável ou desconfirmável (por exemplo, a Maria acredita que o João tem 75 anos).

Ballesteros (1992) refere que a crença é o próprio conhecimento que se tem de um fenómeno, sendo a sua veracidade facilmente contrastável. Por exemplo, pode manter-se a crença de que as pessoas têm maior probabilidade de morrer na data do aniversário (crença falsa) ou que, ao envelhecer se lentifica o funcionamento motor (crença, também incorrecta).

Correntemente, o conceito de atitude aplica-se quando, para além do aspecto cognitivo próprio da crença, há um aspecto valorativo - afectivo (Culter, 1987). Assim, supõe-se que as atitudes se baseiam em conhecimento, mas com elas introduz-se um componente emocional - negativo ou positivo - face ao fenómeno de referência, que, de uma maneira ou de outra, vai ser influenciado por acções concretas, a favor ou contra. Para o referido autor, por estereótipos entendem-se falsas concepções (ou crenças) que actuam como *clichés* na abordagem de um fenómeno, grupo social ou objecto. As crenças podem ser exactas ou inexactas, mas para Ballesteros, ao invés de Gocchele, os estereótipos são, por definição, inexactos e geralmente pejorativos. No entanto, como afirma Lippman (1922) (a quem se deve o uso da noção de estereótipo, pela primeira vez), os estereótipos não são

inevitavelmente negativos e inclusivamente podem ser - ainda que dificilmente - transformados, na medida em que surja uma acção interventiva nesse sentido.

Convém assinalar que, apesar de ser comum distinguir atitude, crença e estereótipo, tal como refere Kogan (1987), muitas vezes os contornos diferenciais estabelecidos entre estes conceitos aparecem esbatidos.

Para Benedict (1999), por outro lado, o estereótipo é o conjunto de crenças positivas ou negativas, universalmente aplicado pelos indivíduos a todos os membros de um grupo social (por exemplo, os velhos são maus condutores).

A adesão individual a um estereótipo específico corresponde à convicção de que as crenças sobre o próprio estereótipo correspondem a características particulares do grupo a que é aplicado.

Cabe aqui estabelecer a distinção que Braithwaite (1993) faz entre as atitudes com a sua componente emocional e subjectiva, e as crenças e estereótipos que podem ser testados e operacionalizados.

O debate entre investigadores sobre a ligação atitude - estereótipo é frequente. Mais especificamente, é a atitude que serve de base para os estereótipos ou vice-versa? Correntemente, o mais aceite é que os estereótipos positivos ou negativos produzem correspondentes atitudes positivas ou negativas que, por sua vez, contribuem para manter estes estereótipos (Hummert, Gartska e Shaner, 1997). No entanto, a questão da relação atitude - estereótipo está longe de estar clarificada, tratando-se de dois constructos que reflectem diferentes aspectos da forma como os indivíduos e os grupos são percebidos (Knox et al., 1995).

1.3 ATITUDES PARA COM OS IDOSOS

O importante aumento da população idosa originou um significativo interesse dos investigadores, conduzindo a um vasto leque de investigações sobre atitudes para com os idosos (Benedict, 1999).

Gatz e Pearson (1988) referem que Mctavish (1971) e Bennet e Eckman (1973) sumarizam trabalhos dos anos 50 e 60 que demonstraram que as atitudes para com os idosos eram negativas. Posteriormente, uma revisão idêntica (Kite e Johnson, 1988; Nussbaum e Hummert, 1996) já revela a alternância de atitudes positivas e negativas para com os idosos.

De facto os estudos de Thorson e Powell (1991) sobre as atitudes dos estudantes de medicina para com os idosos, revelaram que os estudantes mais velhos têm atitudes mais positivas. Identicamente, o estudo realizado por Hilt e Lipschultz (1999) demonstrou que os produtores de televisão mais velhos têm atitudes mais positivas. Por outro lado, o trabalho desenvolvido por Hellbusch e colaboradores (1994), revelou que os médicos têm atitudes ligeiramente mais negativas para com os idosos, quanto mais anos tiverem de exercício profissional.

MacNeil (1991) no seu estudo sobre atitudes dos estudantes de terapia ocupacional para com os idosos, verificou que estas eram positivas.

Mais recentemente, os estudos têm demonstrado que o factor idade, por si só, não é determinante para a diferença entre atitudes positivas ou negativas para com os idosos, havendo outros factores que afectam a consistência e a estabilidade das atitudes encontradas tais como: a ocupação dos idosos, o seu estado de saúde (Braithwaite, 1986), o conhecimento sobre o que é ser idoso e sobre o processo de envelhecimento, também a experiência directa em actividades com idosos (Benedict, 1999).

O instrumento de avaliação e a metodologia de investigação são também factores que têm merecido a atenção dos investigadores (Kite e Johnson, 1988). Vários estudos têm sido

realizados para evidenciar a influência dos factores atrás referidos. Por exemplo, Angiullo e colaboradores (1996) encontraram uma associação entre a falta de conhecimento sobre idosos e as ideias pré-concebidas, mas Carmel, Cwikel e Galinsky (1992) não encontraram essa relação. Kremer (1988) põe a tónica não na falta de conhecimentos mas no tipo de conhecimentos sobre idosos que os inquiridos têm.

Identicamente, a literatura revela que não é a experiência directa que é consistente com o tipo de atitude (Doka, 1986) mas sim a qualidade da relação desse contacto (Dooley e Frankel, 1990).

O estudo de Benedict (1999) explorou a natureza das atitudes nos jovens (dos 17 aos 25 anos) para com os idosos e verificou que os inquiridos tinham atitudes favoráveis para com os mesmos e um bom nível de qualidade e frequência no contacto com estes sujeitos.

Astle (1999) pretendeu examinar que factores influenciam as atitudes dos profissionais na área da saúde (enfermeiros e assistentes sociais, funcionários e administrativos) que contactam com idosos institucionalizados. Verificou a existência de mais de um factor que influenciam a consistência e estabilidade das atitudes para com os idosos e que os vários factores (tipo de profissão, anos de profissão, anos de trabalho com os idosos e o processo de envelhecimento) influenciam, quer positiva quer negativamente, essas atitudes. Os dados deste estudo provam pois a existência de mais que um factor com influência nas atitudes para com os idosos.

Os estudos sobre atitudes para com idosos têm sido criticados por serem considerados como metodologicamente pouco correctos: as metodologias de investigação utilizadas são limitativas e as qualidades psicométricas dos instrumentos usados são duvidosas (Kraus, 1995). Assim, a divergência dos resultados pode muito bem advir da diferença de métodos e procedimentos utilizados. Deste modo, por exemplo, não se podem comparar estudos sobre

atitudes gerais com estudos que versem sobre conhecimentos individuais. Do mesmo modo que não se podem comparar estudos em *settings* experimentais variados.

Sobre as escalas de atitudes, a tendência mais recente é no sentido da estandardização e tem permitido o emergir de evidências que apoiam a teoria da existência de múltiplos e complexos estereótipos sobre idosos (Braithwaite et al., 1993; Hummert, 1990; Knox et al., 1995).

Segundo Hummert, esses estereótipos variam em tipo e complexidade conforme a idade dos inquiridos. A autora (1994) inquiriu 3 grupos de diferentes: jovens, adultos e idosos e a cada um dos indivíduos dos 3 grupos deu uma lista de traços associados com a categoria idoso, tendo concluído que os estereótipos dos jovens eram os menos complexos (envolvem menos traços) e os dos adultos menos complexos do que os dos idosos inquiridos.

A existência de vários traços nos estereótipos sobre idosos poderia explicar as divergências de resultados de muitos estudos (Benedict, 1999).

2- ESTEREÓTIPOS

2.1- CONCEITO DE ESTEREÓTIPO

As pessoas constroem, em parte, a sua própria realidade de acordo com a sua forma de estar no mundo. Fazem-no de modo a torná-la mais agradável através da organização dos estímulos, com que contactam, em categorias. Este processo de formar categorias cognitivas pode ajudar a simplificar o meio envolvente transformando-se assim num requisito fundamental para perceber pessoas. A activação e implementação das categorias no pensamento permite ao indivíduo adaptar-se à complexidade do mundo social, lidando com informação prevista mas também com informação inesperada. Para lidar com a informação do meio envolvente, sem ser necessário lidar com os detalhes, o sujeito precisa de mecanismos

cognitivos - os estereótipos. Estes representam as características típicas dos grupos sociais. Possibilitam perceber os sujeitos únicos como membros semelhantes de categorias e assumir a presença de qualidades relevantes para a categoria, sem ser necessário validar a sua existência (Santos, 2001).

O estereótipo é uma operação mental que permite estabelecer e utilizar categorias. Dada a complexidade do real, é necessário o processo de categorização dos estímulos que nos interessam (Richard, 1996).

Tajfel (1984) refere que o estereótipo é a imagem mental simplificada de uma categoria de pessoas ou instituições, partilhada nas suas categorias essenciais por um grande número de pessoas. No entanto, a simplificação do mundo real não envolve as avaliações feitas individualmente (Astle, 1999).

Fiske e Neuberg (1990) referem que um critério importante na escolha da categoria reside na sua capacidade de organizar o conjunto de informação disponível.

O observador confere um significado ao outro, a partir do que observa no seu comportamento, de modo a que possa interagir com ele de forma funcional. Neste processo, o estereótipo tem um estatuto especial porque constitui uma herança, uma informação de base que permite ao observador abordar situações novas. São os esquemas já existentes que possibilitam a leitura de novos casos (Yzerbyt e Schadron, 1994). Para estes autores, um indivíduo é categorizado segundo uma infinidade de critérios e a cada categoria pode corresponder um estereótipo. Deste modo, os estereótipos susceptíveis de serem aplicados a um indivíduo poderão ser múltiplos - correspondem à sua etnia, nacionalidade, sexo, profissão e até a elementos aparentemente irrelevantes, como por exemplo ter uma piscina.

O observador faz uma escolha entre as diversas categorizações - e estereótipos diferentes - para um determinado alvo, numa determinada situação.

Com o estereótipo, obtêm-se generalidades concretas, nas quais são retidos os aspectos exteriores do objecto, aqueles que um grupo, uma classe ou uma cultura consideram mais interessante e mais representativo do seu sistema de valores. O estereótipo é pois o resultado de uma espécie de consenso, mais ou menos universal, acerca dos traços pertinentes de um dado objecto. O estereótipo, ao ser partilhado por um grupo, permite aos seus elementos sentirem-se semelhantes ao seu semelhante, aumentar o seu padrão de associação e consciência. Por este motivo, o homem não pode prescindir do estereótipo e utiliza-o como senha da humanidade (Monteiro, 1994).

As definições sobre estereótipos são numerosas. No entanto, uma definição partilhada pela maioria dos autores é a de que o estereótipo é um conjunto de crenças sobre características pessoais, geralmente traços de personalidade, mas também dos comportamentos próprios de um grupo de pessoas (Leyens, Yzerbyt e Schadron, 1994; Manderino et al., 1987).

Processo essencial à actividade mental, a classificação por categorias provoca inevitavelmente a formação de preconceitos e de atitudes *a priori*. Este mecanismo é utilizado para as diferentes fases da vida - infância, juventude, maturidade e velhice - sendo atribuído a cada uma características individuais e dando-se importância aos aspectos que são considerados como as características mais acentuadas dessa fase. É assim que imagens ligadas à infância, à adolescência, à adultícia e à velhice são preenchidas com estereótipos e preconceitos e podem conduzir à discriminação.

Assim, os estereótipos podem causar dificuldades ao grupo estereotipado (Manderino et al., 1987):

- o estereótipo geralmente distorce percepções. A distorção da percepção engana o observador porque a observação do comportamento é influenciada pelas crenças do grupo estereotipado;

- as crenças sobre o grupo estereotipado podem influenciar directamente o comportamento dos elementos do grupo. Assim, grupos estereotipados podem ser submetidos a tratamento diferente dos outros grupos de pessoas. Crenças estereotipadas sobre o grupo podem influenciar a interação com os membros desse grupo de forma a fazer emergir o comportamento que confirma o estereótipo inicial;
- os estereótipos podem afectar a forma como os membros do grupo se percebem e se avaliam. A rejeição e a desvalorização de um grupo realizada por outros pode resultar na própria auto-regulação e auto-desvalorização do grupo estereotipado - efeito de auto - realização de profecias.

Tal como os outros estereótipos, o estereótipo sobre o idoso contém outros elementos que são amplamente aceites, sobregeneralizados e facilmente aplicados a todos os indivíduos idosos (Miene e Snyder, 1994).

2.2 ESTEREÓTIPOS SOBRE O IDOSO

As investigações de estereótipos sobre o idoso datam de 1950. Tuckman e Large (1952 e 1956) introduziram uma escala de avaliação de estereótipos e demonstraram que a percepção dos jovens sobre a velhice tinha, de uma forma geral, um carácter negativo. No entanto, face à escala utilizada foram levantadas algumas questões metodológicas e surgiram, posteriormente, outras medidas alternativas (Kogan, 1961).

Por seu lado, McTavish (1971) sintetizou os trabalhos realizados, nos anos 50 e 60, sobre este tema, e verificou que as atitudes sociais para com os idosos eram profundamente negativas. Também Miene e Snyder (1994) sugerem que a referida fase de desenvolvimento - a velhice - é de facto vista mais negativamente.

No sentido de clarificar esta divergência, Kite e Jonhson (1988) reviram quarenta e três estudos e concluíram que as atitudes sobre idosos eram mais negativas que as relativas aos jovens.

Relativamente aos conteúdos dos componentes dos estereótipos sobre velhice, Brewer e Lui (1981 e 1984), através da análise classificatória, verificaram a existência de traços atribuídos a fotografias de idosos, mostradas a indivíduos que examinaram três sub-tipos de estereótipos sobre idosos: avó - caracterizada por antiquada, tradicional e prestativa; velho estadista - caracterizado por solitário, aborrecido e débil.

Posteriormente, Boland e Schmidt (1986) num estudo com jovens universitários, avaliaram o conteúdo dos estereótipos, usando o mesmo método. Os resultados evidenciaram a existência de múltiplos sub-tipos, oito relatados como negativos (desanimado, pouco debilitado, muito debilitado, vulnerável, furioso, isolado, vizinho intrometido e pedinte) e quatro relatados como positivos (Jonh Wayne, conservador, matriarca/patriarca liberal, avô discreto).

Estes resultados sugerem que sub-tipos positivos e negativos existem nos estereótipos sobre idosos, embora os investigadores tenham encontrado o dobro de sub-tipos negativos relativamente aos positivos.

A categoria principal - idoso - contém um conjunto de crenças negativas que associam idade a declínio das capacidade físicas (surdez), mentais (esquecimento) e aparência física (pele enrugada), mas os sub-tipos dessa categoria variam em grau devido à avaliação dos conteúdos associados aos traços.

A perspectiva sócio - cultural e sócio - cognitiva do estereótipo sobre o idoso difere nas abordagens que fazem dos mesmos. Assim, é relevante expressar cada uma delas.

◆ Perspectiva sócio - cultural

Esta perspectiva defende o papel dos processos da aprendizagem social na formação e manutenção dos estereótipos (Harris, 1975; Palmore, 1977). A concepção do indivíduo sobre os vários grupos tem origem na infância por influência dos adultos com quem se relacionou e já foi perpetuada através das percepções repetidas de membros desse grupo com certos papéis sociais. Deste modo, os estereótipos servem para ajudar a pessoa a identificar-se com o seu grupo social e cultural.

Durante o processo de socialização, as pessoas podem adquirir crenças estereotipadas e expectativas sobre os outros grupos de pessoas. Neste sentido, os estereótipos facilitam a interacção entre os membros do grupo, porque nunca questionam a veracidade do estereótipo (Miene e Snyder, 1994).

E no que diz respeito aos idosos?

Importa, primeiro que tudo, fazer referência à forma como o idoso é visto pela sociedade.

O estatuto do idoso tem sofrido modificações desde a antiguidade até à actualidade, variando mesmo consoante as várias culturas. Assim e do mesmo modo, o conceito de idoso é definido conforme cada sociedade conceptualiza esta fase da vida.

É óbvio que tanto o contexto social em que o idoso vive como o próprio contexto histórico das sociedades são importantes para moldar sentimentos e atitudes dos próprios idosos e dos outros em relação a eles.

E se antes da Revolução Industrial os idosos poderiam ser alvo de maior ou menor respeito, nos tempos modernos, sobretudo na pós-industrialização, fortemente marcada pela economia de mercado, são colocados à margem do processo produtivo e rotulados como fardo para a sociedade.

McTavish (1971) enfatiza que as atitudes sobre os idosos eram mais favoráveis na sociedade primitiva, tornando-se menos favoráveis com o aumento da modernização.

Numa versão histórica sobre a velhice, desde a antiguidade até ao século XVI, Minois (1987) refere que para o pensamento ocidental a velhice é um mal, uma enfermidade, uma idade triste que prepara para morte. Toda a sociedade exalta o vigor, a fecundidade ligada à juventude e teme a deterioração e esterilidade da velhice.

Ainda segundo o autor, o estatuto de "velho", ao longo dos tempos, foi dominado por características de fragilidade física, conhecimento, experiência e alteração dos traços físicos.

A articulação e a importância relativa destes factores, nas diferentes sociedades ou no mesmo contexto, mas em diferentes temporalidades, sempre definiu a representação do idoso e a sua variação em termos históricos. Períodos de pouca estabilidade e de transição são favoráveis aos idosos, pela ausência de padrões rígidos de beleza e moral, num contexto social também ele próprio menos rígido.

Barrow (1995) refere que o estado de envelhecimento numa sociedade é inversamente proporcional ao grau de modernização.

Em sociedades modernas, o idoso é relativamente desvalorizado devido sobretudo à não participação na força de trabalho (Foner, 1994).

O progressivo aumento da população idosa impõe uma carga crescente sobre os grupos mais jovens, que se acentua com a tendência às reformas prematuras e que contribui para uma imagem negativa da velhice. A reforma constitui um risco de discriminação para o idoso. O isolamento sócio-profissional provocado pela reforma vai também levar o idoso a uma situação de inactividade, uma vez que a organização da maioria das sociedades é baseada, exclusivamente, no indivíduo enquanto elemento de produção.

Para Paúl (1991) e Brissos (1992) há um contexto social onde tudo o que diz respeito aos idosos é desvalorizado, em oposição à sobrevalorização dos valores da juventude. A nossa

sociedade, que vive baseada numa acumulação de bens e não de homens, em que a riqueza se mede em termos de técnicas e instrumentos e não em símbolos, em que o eixo fundamental é a rentabilidade e o lucro, as representações da velhice estão fortemente impregnadas de estereótipos sociais veiculados numa percepção negativa do envelhecimento.

Champagne, citado por Berger (1995) refere que na sociedade após a industrialização, os estereótipos sobre idosos são sobretudo negativos.

A velhice, fase inevitável da vida, continua a ser estigmatizada numa sociedade, orientada para a juventude (Astle, 1999).

Diariamente são frequentes os comentários sobre idosos que, implicitamente, contêm aspectos culturais que associam particularidades negativas à idade avançada.

Vejamos alguns desses exemplos:

- "Estas dores nas costas são um sinal de que a velhice está a chegar";
- "Já estou a ficar velho, não me lembro do que ia buscar";
- "Eu vi logo que pelo engarrafamento do trânsito era um velho que ia a conduzir";

O termo idadismo (*ageism*) foi enunciado pela primeira vez por Butler (1969) associado com o processo de discriminação sistemática de indivíduos em função da idade avançada.

Butler (1980) distingue vários aspectos relacionados com o idadismo:

- atitudes prejudiciais face à velhice, idosos e processo de envelhecimento;
- práticas discriminatórias para com o idoso
- práticas institucionais e políticas que perspectivam crenças estereotipadas sobre a velhice, denigrem a imagem pessoal e reduzem as oportunidades dos idosos experimentarem um estado de bem-estar.

Este preconceito sobre a idade é a génese da perspectiva sociocultural para a qual os estereótipos sobre o idoso são considerados negativos e são aplicados incorrectamente a todas as pessoas com mais de 65 anos.

Por outro lado, os estereótipos sobre idosos servem para reforçar a discriminação das práticas culturais e o isolamento de todos os idosos (Hummert, 1999).

Na opinião de Richard (1996), o idadismo refere-se ao comportamento que veicula todos os estereótipos negativos sobre os idosos. Inclui não só o conjunto de atitudes negativas mas também as reacções hostis de qualquer indivíduo para com o idoso.

Em relação ao conceito de idadismo (*ageism*) definido por Butler (1969), Braithwaite e colaboradores (1993) discutem os diferentes aspectos conceptuais dos estereótipos e das atitudes quando se medem atitudes sobre idosos. O autor e colaboradores argumentam que a afirmação de crenças sobre a eficiência e/ou performance social dos indivíduos é mais do domínio da avaliação de estereótipos enquanto que a afirmação de sentimentos é mais do domínio da avaliação de atitudes.

O idadismo envolve estereótipos sobre a idade que são sobretudo sobregeneralizações. As falsas crenças são frequentes mas nem sempre negativas (Astle, 1999).

♦ Mitos sobre idosos e envelhecimento

A existência de mitos sobre grupos etários específicos está ligada a crenças estereotipadas e a atitudes. Os mitos são definidos como crenças que não têm base em factos científicos (Schaie e Willis, 1991). Apesar de nem todos os mitos serem falsos, muitas das percepções distorcidas repercutem-se acentuadamente na população idosa.

Butler (1990) refere que a distorção na forma como os idosos são percebidos contém, em geral, vários mitos. As razões apontadas são as seguintes:

- a idade pressupõe um declínio inevitável; a solidão, a doença e a decadência têm contribuído para mitos que caracterizam o idoso como não produtivo, dependente, servil, inflexível e assexual;

- a idade como factor positivo conduz à imagem de idosos felizes e tranquilos a viverem momentos de lazer em espaços comunitários. Estes mitos conduzem à imagem de idosos como pessoas sensatas e cautelosas.

A primeira imagem estereotipada e comum sobre os idosos é considerar que estes formam uma categoria homogénea (Meire, 1993), tendendo a generalizar as suas características, muitas vezes negativas, e a negligenciar as diferenças entre cada indivíduo (Gocchele, 1996).

Butler (1990) refere que os velhos não são miseráveis nem sublimes. Qualquer fase da vida tem problemas, prazer, medos e potencialidades. O envelhecimento é um processo altamente diferenciado e às circunstâncias da vida de cada idoso, juntam-se aspectos físicos, sociais, psicológicos, familiares e económicos de forma que cada idoso é um ser diferente de todos os outros com características particulares.

O mito da generalização face aos idosos continua a desenvolver-se, em grande parte, devido à transmissão de mensagens pelos *mass media* que relatam o envelhecimento como negativo, estereotipado e de forma distorcida (Schwalb e Sedlack, 1999). Tudo o que diga respeito ao velho, velhice e envelhecimento é muitas vezes alvo de um esquematização exagerada ou de uma generalização abusiva de factos, não baseados em conhecimentos científicos. Esta generalização pode prejudicar o idoso, como ser humano, no seu projecto de vida (Richard, 1996).

Os *mass media* são um meio poderoso de socialização e exibem, com frequência, estereótipos, quer na imprensa escrita quer na televisão. Podem moldar atitudes face aos idosos, retractando-os como enfermos e dependentes.

Também na literatura infantil, o idoso é retratado como desinteressante, irritante e inactivo (Vasil e Wass, 1993).

Page (1993) revela que os papéis desempenhados pelos idosos no teatro, cinema e séries televisivas apresentam-nos com as características de rabugentos, autoritários, conflituosos e

incapazes de viverem sós. Por outro lado, os papéis que lhes são atribuídos são secundários, e igualmente, apresentam-nos como avós ou familiares já idosos.

Nos *spots* publicitários, os produtos anunciados para idosos são relativos a próteses dentárias, problemas de incontinência urinária e seguros de poupança/reforma. Estas imagens revelam que ser velho é padecer, necessariamente, de dificuldades.

Os aspectos referidos perpetuam a imagem negativa de velhice (Darway, 1994). A idade repercute-se no local de trabalho, na medida em que são usadas práticas para libertarem os trabalhadores mais velhos, através das reformas antecipadas (Ansello, 1991). Além disso, invocando-se a dificuldade em aprender coisas novas e o ser-se excessivamente rígido, impedem-se os indivíduos mais velhos de acompanhar as mudanças tecnológicas.

O estudo de Barrow (1995) revelou que nos jovens persiste a ideia que a diferença entre adulto e idoso é a transição da competência para a dependência.

O evitar a aparência de velhice expressa-se, com frequência, no uso de cremes para a pele, no sentido de retardar o aparecimento de rugas e no pintar o cabelo para ocultar os cabelos brancos. O disfarçar destes sinais pode ser um indicador de medo do envelhecimento.

Devido a este medo formam-se e interiorizam-se, desde cedo, atitudes negativas (Ansherman, 1991). Por exemplo, o estudo de Isaacs e Bearison (1986) revelou que crianças com 4 anos já evitam a velhice - apresentam menos contacto visual e menos interação verbal com o idoso. Por seu lado, o estudo de Barrow (1989) realizado com crianças do ensino básico revela que estas descrevem os idosos como lentos, frágeis, enfermos, sós e medicados.

Geralmente a medicalização promove a tendência para ver a velhice negativamente, como um processo de declínio inevitável (Astle, 1999).

Binney e Estes (1989) referem que a sociedade encoraja a que o aumento do número de anos corresponda a patologia ou a comportamentos anómalos.

De facto, o estudo de Gekoski e Knox (1990) revelou que as pessoas têm um estereótipo claramente negativo sobre a pessoa idosa, com pouca saúde.

A sociedade, ao aceitar os idosos como doentes num estado permanente e ao não apresentar expectativas para a evolução positiva desse estado, gera um ciclo vicioso de dependência.

Paúl (1991) refere que existe uma biomedicação e abordagem psiquiátrica excessivas que levam a que o envelhecimento adquira uma conotação de doença, moldando as atitudes de todos, inclusivamente dos próprios idosos, relativamente ao envelhecimento, o que pode resultar em comportamentos de afastamento, redução das actividades e aumento da dependência, levando-os, na maioria das vezes, a experimentar uma grande insatisfação com a vida.

Os estereótipos em relação a esta etapa do desenvolvimento correspondem mais a uma imagem feminina de alguém que vive só (Kimmel, 1988), caracterizada por fragilidade física, egoísmo, mau humor, avareza, fealdade, do que uma imagem masculina (Duarte Silva, 1996).

O estereótipo pode ser perigoso na medida em que pode levar, por negligência ou atitude deliberada, à atribuição de um perfil inexistente, a uma determinada pessoa. Além disso, pode levar a atribuir a nós próprios características que percebemos nos outros e a conformarmo-nos com o que pensam e dizem sobre nós (Richard, 1996).

Os idosos são grandes consumidores de meios de comunicação, usam sobretudo a rádio e a televisão e absorvem as mensagens estereotipadas difundidas: a publicidade enaltece a juventude, a vitalidade e a beleza.

A vida de cada indivíduo é condicionada em parte pela comparação, mais ou menos constante, com os outros. As opiniões dos outros ajudam a formar a própria auto-imagem e a estabelecer relações com o meio. Por exemplo, se o médico diz ao idoso "agora é altura de

parar porque não pode fazer o mesmo que quando era jovem" o idoso pode aceitar este "aviso" como tendo por base um estereótipo em relação à idade (Hummert, 1999).

Uma crença sobre determinado fenómeno influencia (e por vezes determina) a sua ocorrência. Assim, supõe-se que as concepções negativas em relação à velhice podem converter-se em auto-profecias, levando ao risco de as pessoas idosas se converterem em vítimas de ideias pré-concebidas sobre a forma como devem comportar-se (Ballesteros, 1992).

A tendência das pessoas é assimilarem traços que os outros lhe atribuem. Se o meio vê o idoso como difícil, aborrecido e rígido, a pessoa idosa pode vir a interiorizar esses traços característicos.

Surge assim uma assimilação do estereótipo onde o idoso se convence a si próprio. Um indivíduo vulnerável do ponto de vista psicológico incorpora imagens negativas que ele recebe do seu meio e produz assim um ciclo vicioso de *feed-backs* negativos (Gocchele, 1996).

Somos velhos porque nos sentimos velhos, é algo que nos vem de dentro, mas também podemos ser velhos porque os outros nos vêem como tal, é algo que vem de fora.

Como refere Messy (1992), o velho é sempre o outro no qual nós não nos reconhecemos. A imagem da velhice parece ser a imagem «exterior» no espelho; imagem que nos impressiona assim que é antecipada e produz uma impressão de estranheza inquietante.

♦ Perspectiva sócio - cognitiva

Nesta perspectiva os estereótipos são como estruturas do conhecimento abstractas que ligam um grupo social a um conjunto de traços ou características comportamentais.

Como tal, funcionam como expectativas que guiam o processamento de informação sobre o grupo, como um todo, e sobre os membros particulares desse grupo (Hamilton e

Sherman, 1994). Para além destas expectativas generalizadas, o conhecimento sobre membros particulares do grupo (ou exemplares-membro da categoria ou do sub-tipo da categoria) pode também influenciar julgamentos sobre grupos e os seus membros.

Para a perspectiva sócio-cognitiva, o estereótipo sobre o idoso refere-se à categorização com base na idade.

Estereótipos sobre o idoso referem-se ao conhecimento de estruturas, usado pelos indivíduos para facilitar o processamento de informação que advém de uma interacção social.

Assim, deste modo, os estereótipos sobre o idoso não são considerados implicitamente negativos, no entanto podem ter consequências negativas.

Esta perspectiva sócio-cognitiva possibilita a compreensão da natureza complexa dos estereótipos sobre idosos e o impacto dos mesmos na auto-percepção do próprio idoso e nas interacções pessoais (Hummert, 1999).

Na categorização com base na idade, a categoria principal idoso, contém um conjunto de traços iguais referentes ao idoso, enquanto que os sub-tipos dessa categoria partilham alguns traços mas têm outros que são diferentes. Os estudos de Schmidt e Boland (1986) revelaram a existência de múltiplos sub-tipos, oito relatados como negativos e apenas quatro relatados como positivos.

Também Hummert e colaboradores (1994) revelam sub-tipos negativos e positivos nos estereótipos para com os idosos.

Este estudo revelou a existência de múltiplos traços nos estereótipos e da sua complexidade, ou seja, o grupo de idosos do estudo atribuiu mais traços à categoria idoso que o grupo de adultos e estes mais traços que o grupo de jovens do estudo.

Os estereótipos positivos encontrados foram os seguintes:

- idade de ouro com os respectivos traços - activo, capaz, sociável, independente, feliz e interessado.

- John Wayne conservador - patriótico, conservador, determinado, ativo, religioso e nostálgico.
- Avô perfeito - carinhoso, apoiante, compreensivo, sensato, generoso e amável.

Os estereótipos negativos encontrados foram quatro:

- muito debilitado - pensamento lento, incompetente, frágil, corcunda, incoerente e senil.
- desmoralizado - deprimido, lastimoso, infeliz, receoso, descuidado e solitário.
- furioso/rabugento - queixoso, temperamental, exigente, teimoso, ressentido e preconceituoso.
- isolado - reservado, tímido e simples.

Enquanto o estudo de Schmidt e Boland (1986) encontra oito estereótipos negativos e 4 estereótipos positivos sobre o idoso, o estudo de Hummert e colaboradores (1994) revelou quatro estereótipos negativos e três estereótipos positivos, sendo apenas referenciado a decadência física e o empobrecimento cognitivo no estereótipo tradicional da pessoa envelhecida.

O comportamento das pessoas para com os idosos reflectem a existência de mais estereótipos negativos do que positivos. Hummert (1999) justifica tal facto com o recurso ao processo social cognitivo (Leyens, Yzerbyt e Schadron, 1994). Neste processo, a percepção do estereótipo sobre o idoso relaciona-se com a fonte de conhecimentos acessíveis, a qual por vezes é inconsciente, e depende da forma como os comportamentos são socialmente julgados - teoria do julgamento social de Leyens e colaboradores (1994).

Para os defensores da perspectiva social cognitiva, os estereótipos sobre a idade são activados na interacção social (Hummert, 1999).

O jornalista Walter Lippman introduziu pela primeira vez, em 1922, o termo estereótipo no seu livro "Opinião Pública". Nele revelou o carácter rígido das nossas crenças, particularmente aquelas que se referem a grupos sociais.

Afirmou que as imagens mentais são indispensáveis no confronto com a complexidade da informação que nos rodeia e que essas imagens permitem filtrar a realidade objectiva (Yzerbyt e Schadransky, 1994). Na opinião de Lippman, nesse conjunto, primeiro olhamos e depois categorizamos.

É com base nesta perspectiva que, em várias investigações, os estereótipos sobre idosos têm sido associados a traços físicos. A percepção destes traços físicos pelos outros seriam o primeiro caminho para o processo de activação dos estereótipos sobre o idoso (Hummert, 1999). A autora, em 1997, estudou o papel da fisionomia e da expressão facial no processo de estereotipar de idosos e verificou que o sexo e a idade são factores significativos nesse processo. O referido estudo consistiu no seguinte: a autora pediu duas fotografias a pessoas com idades que variavam dos 60 aos 95 anos, uma com expressão neutra e outra com sorriso.

Na primeira fase, pediu aos três grupos de participantes (jovens, sujeito de meia-idade e idosos) para constituírem, através das fotografias, grupos de idades. Os participantes fizeram-no constituindo três grupos: um grupo dos 60 aos 69 anos, um grupo dos 70 aos 79 e ainda um outro grupo com mais de 80 anos.

Na segunda fase do estudo, Hummert (1999) pediu aos participantes que emparelhassem as fotografias usando como critérios os traços associados aos sub-tipos de estereótipos idosos (três positivos e três negativos). Hummert verificou a existência de uma forte associação entre a idade atribuída ao sujeito fotografado e o estereótipo negativo, revelada pelo seguinte:

- o grupo com mais de 80 anos foi mais associado com estereótipos negativos do que o grupo de 60 aos 69 anos.

Por outro lado, verificou o papel preponderante da expressão facial dos sujeitos no estudo, em termos de sexo:

- a mulher foi mais vezes estereotipada negativamente no grupo dos 70 aos 79 anos do que o homem no grupo da mesma idade;

- o homem foi mais vezes estereotipado negativamente no grupo com mais de 80 anos do que a mulher no grupo da mesma idade.

Com este estudo, a autora sugeriu que não são os traços faciais, por si só que são protótipos de estereótipos positivos ou negativos mas esses traços faciais estão ligados à percepção de cada indivíduo sobre a idade dos outros.

Yzerbyt e Schadron (1994) nos estudos efectuados, revelaram que quando existe informação disponível ela geralmente é suficiente para induzir julgamentos estereotipados. Os estereótipos variam também de grau: quanto mais os observadores tiverem uma representação cognitiva diferenciada dos membros de um grupo mais esse grupo é estereotipado. Neste sentido, os autores referem-se à existência de estereótipos implícitos.

Embora pouca atenção tenha sido dedicada à existência de estereótipos implícitos sobre a idade, os estudos de Perdue e Gurtman (1990) revelaram que os traços negativos podem ser associados aos idosos de forma involuntária, automática e inconsciente. Nesta investigação, os participantes relatavam com mais frequência traços negativos quando solicitados a descrever os idosos do que quando o faziam relativamente aos jovens. Os traços negativos eram referidos mais rapidamente logo a seguir à emissão do estímulo/palavra “idoso” do que do estímulo/palavra “jovem”.

Na comunicação com o idoso esta é influenciada pelos traços implícitos associados a estereótipos negativos (lentidão no pensamento, curvado, triste) e estereótipos positivos (sociável, orgulhoso e apoiante).

O comportamento coexistente com a comunicação verbal pode ser particularmente influenciado por inferências que se associam aos estereótipos. Estudos naturais revelaram que o estilo de comunicação pode fazer emergir o estereótipo. A verbosidade, as respostas passivas, as queixas relativas à perda de alguém, a saúde débil, a imobilidade e os problemas

familiares são factores potenciais para activar estereótipos sobre idosos, durante a comunicação com os mesmos (Compland, Henwood e Wiemann, 1990).

Por vezes, o próprio comportamento do idoso contribui para a activação do estereótipo sobre a idade, naqueles que com ele comunicam.

Na interacção com o idoso, o interlocutor acredita que o comportamento que este apresenta é como que um consentimento para fazer inferências consistentes com estereótipos negativos da idade (Leyens, 1994). Por exemplo, a comunicação do idoso carregada de queixas, indica solidão. Mas as inferências podem ser incorrectas e o discurso pode, por exemplo, revelar apenas resistência às adversidades do dia-a-dia.

Por outro lado, apesar dos estereótipos sobre a idade terem associados crenças relativas ao défice das competências de comunicação, isso não significa que a comunicação com o interlocutor esteja afectada, desde que o objectivo seja atingido - obter uma mensagem eficiente.

Os estereótipos negativos sobre o idoso são expressos pelo tipo de comunicação oral empregue para com o idoso (discurso lento, vocabulário simples; articulação cuidada, frases simples; tom de expressão - familiar, autoritário - e a pobre qualidade do discurso) (Hummert e Ryan, 1996).

Uma forma limite deste tipo de comunicação é a linguagem infantilizada patente no discurso com idosos. Baseado na observação da interacção com idosos em lares e na análise do discurso informativo para com eles, os investigadores têm verificado que o tipo de linguagem empregue no diálogo com sujeitos envelhecidos é desprestigiante e humilhante (Ryan, Meredith e Schantz, 1994). Nestas situações, os idosos raramente têm oportunidade para exporem as suas opiniões (Jarrett e Payne, 1995), tendendo a assumir uma posição de inferioridade (Brenner e Wrubel, 1989). Assim, vive-se a assimetria do exercício do poder na

relação em que os cuidadores permanecem numa posição de superioridade em relação a quem é cuidado.

No estudo levado a cabo por Hummert, Garstka e Shaner (1997) foi verificado que os participantes acreditam que a possibilidade de ocorrência de estereótipos negativos na comunicação é devido a dificuldade de memória e de audição. No entanto, estereótipos negativos como avarento e triste, também existem e não se relacionam com tais dificuldades. Tal constatação levou os autores a concluir que também o tipo de comunicação oral para com os idosos evidencia a existência de múltiplos estereótipos.

Outro aspecto que a perspectiva social cognitiva defende refere-se ao facto de que os estereótipos sobre a idade reflectem não só o processo de categorização dentro e fora do grupo, como também a importância da experiência de vida na concepção individual sobre a idade. Este último aspecto envolve a ideia que a percepção da idade avançada depende das experiências de vida de cada um, as quais influenciam as estruturas do conhecimento sobre a idade. Por sua vez, estas estruturas tornam-se mais elaboradas consoante as experiências que lhes estão interligadas. Isto significa que os estereótipos sobre a idade são mais elaborados consoante as experiências de vida do indivíduo. O tipo e qualidade da experiência de vida relaciona-se com o desenvolvimento (Baltes, 1987; Withbourne, 1986).

O idoso, pelo seu processo de envelhecimento, tem um maior número de experiências de vida, o que se reflecte na riqueza e variedade de estruturas do conhecimento. De facto, Hummert e colaboradores (1994) verificaram que o grupo de jovens apresentavam esquemas de conhecimento menos complexos (menos traços associados) que o grupo de adultos e que os destes, por sua vez, eram menos complexos que os do grupo de idosos.

A noção de desenvolvimento associada a experiências de vida pode enfraquecer o efeito do estereótipo implícito sobre o idoso (Hummert, 1999), aquando da interacção com ele. De

facto, cada idoso, como ser único que é, com o seu próprio percurso de vida, associado às diferentes experiências vividas, será, necessariamente, distinto de outra pessoa envelhecida.

Esta percepção do idoso leva a que os profissionais de saúde - os enfermeiros, objecto deste estudo - possam contribuir para a promoção de uma velhice saudável, através da relação de ajuda estabelecida com os idosos.

2.3 OS ESTEREÓTIPOS DOS ENFERMEIROS PARA COM OS IDOSOS

Uma das mudanças verificadas e que se tem imposto aos serviços de saúde e à profissão de Enfermagem é o atendimento a um tipo de utentes cada vez mais envelhecidos, fruto de uma problemática social com impacto ao nível do sistema de saúde e, inevitavelmente, nos cuidados de saúde.

A visão negativa do envelhecimento, sobretudo por parte dos cuidadores de saúde, pode impedir o desenvolvimento de uma velhice saudável, mesmo quando se implantam medidas sociais compensatórias (Ballesteros, 1992).

Kenyon (1992) refere que o idadismo (*ageism*) existe na sociedade mas que os profissionais de saúde têm que estar particularmente atentos a estas atitudes discriminatórias porque elas reforçam comportamentos desfavoráveis e negam as necessidades individuais.

As atitudes dos profissionais de saúde afectam o tipo, a dimensão, a disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde - quer os destinados a doentes agudos quer os destinados a doentes crónicos - pelos idosos (Kenyon, 1992; Mount, 1993). Existem estereótipos negativos para com os idosos entre os profissionais de saúde. As respectivas consequências são lamentáveis porque os idosos representam cerca de 12% da população e são os principais clientes dos serviços de saúde (Astle, 1999).

Nos serviços de saúde, o grupo profissional que contacta directamente e com mais frequência com o doente é o dos enfermeiros.

A Enfermagem é a ciência e arte de cuidar (Jean Watson, 1988). Cuidar significa ajudar o Homem a ser, isto é, a reconhecer e utilizar o seu potencial humano que lhe permite lidar com os problemas da vida no contexto que lhe é presente. A essência de cuidar é a relação, Enfermeiro – Cliente, constituindo a possibilidade que o enfermeiro tem de ajudar o outro na descoberta do seu potencial humano, em situações de doença – saúde, contribuindo assim para o bem-estar da humanidade¹. É na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa que é centrado o exercício profissional da Enfermagem. No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de Enfermagem.²

A finalidade da relação de ajuda com os idosos é para Berger (1995) a integração máxima da experiência que ele vive como indivíduo, durante uma etapa única da sua vida. Estabelecer uma relação de ajuda com o idoso não representa necessariamente uma solução para todos os seus problemas mas pode ajudá-lo a desenvolver capacidades para que possa enfrentá-los melhor e adaptar-se a eles.

Para cuidar de idosos, na opinião de Roy (1996), o enfermeiro deve começar por entender melhor o processo de envelhecimento, ir ao encontro da pessoa como um todo, com o seu passado, presente e futuro, ter a percepção das suas limitações, das suas necessidades e do meio dos seus familiares que a rodeiam. O Enfermeiro, em função dos recursos existentes, deve actuar tendo como objectivo a promoção da saúde, a manutenção da autonomia bem como a melhor inserção social dos idosos. Para investir numa relação de ajuda, é necessário conhecer-se e utilizar adequadamente os seus recursos pessoais (Chalifour, 1989).

¹ Quadro de referência da E.S.E.F.G.

² Enquadramento conceptual da ordem dos Enfermeiros

Além do conhecimento científico sobre o envelhecimento, é necessário o conhecimento experiencial para compreender globalmente a pessoa idosa na sua totalidade (Roy, 1996). O enfermeiro pode enriquecer o seu conhecimento experiencial no quotidiano de encontros onde a experiência veiculada pelos idosos é portadora de significado. O confronto com os problemas e as alegrias dos idosos, provoca no enfermeiro, diversas emoções, incitando-o a reflectir sobre assuntos como o nascimento, a morte, o luto, o sofrimento, a velhice, o fracasso e a doença. Para que a relação com os idosos se torne numa experiência de crescimento humano, a enfermeira deve tomar consciência dos seus medos, como ultrapassá-los, empenhando-se dessa forma no seu crescimento pessoal - trata-se do talento para aprender a conviver com o idoso (Stefft, 1997).

A abertura e disponibilidade para o outro permite ao enfermeiro estabelecer uma relação privilegiada e única com os idosos. A profundidade desta relação concretiza-se no reconhecimento do idoso naquilo que ele é, na sua autonomia e no que ele pode vir a ser. A intervenção do enfermeiro é “estar com”, acompanhar a pessoa na sua experiência de saúde, individualizar os cuidados. Idoso e enfermeiro são parceiros nos cuidados, sendo o primeiro percebido pelo segundo como um todo indissociável, maior e diferente que a soma das suas partes, em relação mútua e simultânea com o que o rodeia e em contínua mudança.

Happ e colaboradores (1996) dizem que para individualizar os cuidados a idosos é necessário reconhecê-los como pessoas únicas e comportar-se de acordo com essa perspectiva, estabelecendo uma relação de ajuda consistente.

Para os autores citados, o respeito pela vontade e dignidade do indivíduo é um valor essencial na individualização dos cuidados.

O respeito é um valor fundamental na relação de ajuda e manifesta-se no comportamento do enfermeiro, na forma como ele aborda o cliente e como trabalha com ele. De facto, o respeito expressa-se mais através dos actos do que das palavras, uma vez que, tal

como refere Egan (1986), os actos são mais eloquentes que as palavras. Para o mesmo autor, o contacto visual estabelecido com o doente pode indicar que se está disponível para ele e que se quer entender o que ele diz. Por seu lado, Ford e Hazel (1996), referem que o contacto visual é a expressão facial mais importante para manter a interacção enfermeiro - idoso.

O cliente é respeitado não por causa de qualquer mérito, dignidade ou competência, mas sim pela condição de pessoa, isto é, como ser único, digno e que tem uma visão do mundo que lhe é específica (Nunes, 1997).

Além do respeito, a empatia é um dos requisitos para o estabelecimento da relação de ajuda. A empatia possibilita a compreensão da linguagem verbal e não verbal do idoso e a emoção subjectiva contida no objectivo. Esta compreensão exige que a enfermeira esteja atenta às emoções do idoso assim como à percepção que ele tem das suas próprias emoções. Colocar-se no papel do outro não significa fazer suas as emoções do outro. Através da compreensão empática o enfermeiro revela ao idoso que o compreende e se preocupa com ele (Lazure, 1994).

Momentos como a hora dos cuidados de higiene e de conforto, são privilegiados e favoráveis à relação de ajuda (Berger, 1995). Apesar dos cuidados prestados nesse momento não se inserirem na definição e nas finalidades da relação de ajuda devem ser considerados como ocasiões que o enfermeiro deve saber aproveitar para estabelecer essa relação (Lazure, 1994).

O enfermeiro, ao cuidar do idoso, segundo Berger (1995), deve ser capaz de o reconhecer como pessoa, isto é considerá-lo como um ser global e ser capaz de entrar em relação com todos os tipos de pessoas, sem fazer juízos de valor.

O enfermeiro que trabalha no serviço de geriatria deve pois aceitar o idoso como ele é. Aceitar o outro é acreditar no seu valor e na sua dignidade, sem fazer juízos de valor moral sobre o comportamento (Berger, 1995).

O enfermeiro que cuida de idosos confronta-se com uma ambivalência de sentimentos, ou seja, por um lado deve aceitar o idoso, respeitá-lo, atender às suas necessidades individuais, através do estabelecimento de uma relação de ajuda, por outro é membro de uma sociedade. Perante a complexidade do dia-a-dia, necessita recorrer a mecanismos cognitivos que o salvaguardam de lidar com infinitos detalhes, sem perder demasiada informação. Esses mecanismos cognitivos - estereótipos - permitem tratar indivíduos únicos como membros semelhantes de uma categoria e assumir a presença de qualidades relevantes para a categoria sem ser necessário a verificação da sua existência (Santos, 2001). O enfermeiro, como qualquer outro actor social é influenciado pelas imagens negativas sobre o idoso. Na cultura ocidental predominam as imagens negativas sobre o idoso, pelo que as atitudes das enfermeiras relativas ao envelhecimento são o reflexo das da sociedade em geral (Berger, 1995).

O estereótipo mais comum sobre os idosos é pois que estes formam um grupo homogéneo com características e necessidades semelhantes (Meire, 1993).

O envelhecimento é um processo altamente diferenciado e às circunstâncias da vida de cada idoso, juntam-se aspectos físicos, sociais, psicológicos, familiares e económicos, de forma que cada idoso é um ser diferente de todos os outros com características peculiares. Envelhecer é ser-se mais igual a si próprio, tanto no melhor como no pior, como refere Bize e Valier (1985).

O enfermeiro ao não reconhecer a originalidade de cada idoso é incapaz de estabelecer com ele uma relação de ajuda, logo não personaliza os cuidados. O conceito de estereótipo pode ser pois um aspecto crítico na optimização dos cuidados de enfermagem (Manderino et al., 1987).

Para Berger (1995) as atitudes negativas, mais frequentes dos enfermeiros, para com os idosos são o automorfismo social que se caracteriza pelo não reconhecimento da

especificidade do idoso - a gerontofobia que diz respeito ao medo irracional de tudo quanto se relacione com o envelhecimento, velhice e idoso; a infantilização que se manifesta geralmente pelo tratamento por diminutivos (como avózinha) e por tu; o idadismo relacionado com todas as formas de discriminação baseada na idade.

Personne (1991) refere que a infantilização não visa nenhum objectivo consciente, podendo reforçar a dependência do idoso, considerando-o como criança, conduzir à perda do seu valor próprio. Por seu lado, Hewison (1995) diz que o uso de termos infantis pelo enfermeiro para com o idoso é uma forma de ele exercer o poder, porque a sua linguagem reflecte a associação entre cuidar e a enfermagem como se se tratasse de um encontro mãe - criança. O mesmo autor acrescenta ainda que a referência à pessoa idosa na presença dela, como se ela não existisse demonstra, claramente, quem tem poder e quem é suposto tomar decisões.

Os estudos realizados por Faulkner (1984) e Stockwell (1972) revelaram que as interacções dos enfermeiros para com pacientes eram breves, confinadas aos cuidados físicos, e quase sempre iniciadas pelos enfermeiros, as quais ordenavam ao paciente, para realizar alguma coisa. Este tipo de interacção envolve o exercício do "poder aberto", que é uma forma de instrução e de admoestação, impondo limitações ao doente idoso. O enfermeiro que age com "autoridade" leva o idoso à não participação na discussão dos cuidados e contribui para que ele não relate o que sente.

Hochschild (1983) refere que se pode sentir medo quando se vê um agente casual mais poderoso do que o próprio.

Malvin e Teasdale (1991) referem que o poder na relação enfermeiro - paciente é desigual e que é aceite pelo paciente que é a enfermeira que detém o controle.

Koch (1996) realizou um estudo sobre o bem-estar do idoso durante o internamento hospitalar. Os dados recolhidos levaram a autora a concluir que, como resultado dos cuidados

de despersonalização a que foram submetidos por parte dos enfermeiros, os idosos referiram sentimentos de medo, dor, resignação, raiva e impotência, sofriam em silêncio e sentiam que os enfermeiros não lhes davam importância.

Similarmente, o estudo de Pinheiro (1997) detectou vários sentimentos, por parte dos idosos, durante o internamento hospitalar. Estes sentimentos eram negativos e positivos, no entanto os negativos eram em maior número: insatisfação (mal-estar, mágoa, tristeza), insegurança (medo, choque, abandono), desvalorização (inferioridade, despersonalização, vergonha e indiferença).

Armstrong (1983) diz que os enfermeiros têm imagens do corpo consistentes com a ideia de máquina. A imagem do corpo como uma máquina leva a considerá-lo como sendo constituído por partes com necessidades específicas de forma a mantê-las a funcionar.

A concepção do corpo como uma máquina, nos cuidadores de saúde (modelo biomédico), influencia as atitudes, levando os enfermeiros à despersonalização contribuindo para o idadismo, reflectindo-se numa prática de enfermagem reducionista, reduzindo as pessoas a objectos, desencorajando os profissionais de saúde a perceberem os idosos como pessoas (Koch, 1996).

O estudo de Beck (1996) sobre as experiências dos estudantes de enfermagem com doentes idosos, com distúrbios cognitivos, revelou que a abordagem para com aqueles doentes não era terapêutica, sendo executados cuidados físicos como se se tratasse de *robots*.

Para Lookinland e Anson (1995) quando o doente é visto como um objecto, anula-se qualquer tentativa de cuidados individualizados. Walsh, citado por Cabete (1997) refere que os enfermeiros se escondem, por vezes, atrás de procedimentos rotineiros, evitando o contacto com realidades desconfortáveis, como sejam as do doente idoso.

Berger (1995) defende que os estereótipos sobre o idoso referem-se mais a um conjunto de processos defensivos do que construtivos, parecendo que vários desses

estereótipos se apoiam mais nos medos e nas inquietações relativas ao envelhecimento do que nas características específicas do idoso.

As atitudes negativas das enfermeiras podem ter um efeito adverso nos cuidados prestados (Robinson, 1993) quer pelo comportamento estereotipado da enfermeira para com o idoso na interacção quer pela influência desse comportamento no próprio idoso: os estereótipos podem afectar a forma como os membros do grupo estereotipado se percebem e se avaliam (Manderino et al., 1987).

Perceber a velhice como uma fase de declínio irreversível pode resultar na desmotivação do idoso para a autonomia (Roy, 1996). Um indivíduo vulnerável do ponto de vista psicológico incorpora as imagens negativas que recebe do seu meio e assim se produz um ciclo vicioso de *feed-back* negativos (Gocchele, 1996).

Por tudo o que foi referido se justifica o interesse dos investigadores pelo estudo das atitudes dos enfermeiros para com os idosos. De facto, numerosos trabalhos de investigação têm já sido desenvolvidos nesta área.

Os estudos com jovens estudantes de enfermagem revelaram a influência de grande quantidade de preconceitos e estereótipos sobre os idosos (Meire, 1993).

No estudo de Lookinland e Anson (1995) sobre atitudes dos estudantes e profissionais de enfermagem para com idosos, as autoras, através das respostas dos inquiridos à Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas (AKPI) concluíram que estas eram predominantemente negativas e com implicações nos cuidados aos idosos.

O estudo de Reed e colaboradores (1992), no qual também foi usada a Escala de AKPI, revelou que as atitudes dos estudantes de enfermagem eram mais neutras do que positivas ou negativas. No entanto, o estudo realizado por McCracken e colaboradores (1995), onde foi usada a mesma escala, revelou que os estudantes de enfermagem apresentavam atitudes bastante positivas para com os idosos. As investigações mostram que há uma mistura

de atitudes dos profissionais de enfermagem para com os idosos, daí o interesse em estudar alguns factores que influenciam essas atitudes.

No estudo realizado por Taylor e Harned (1978) estes investigadores verificaram que os enfermeiros com menos de 40 anos de idade apresentavam atitudes mais positivas. Schoen (1993) no seu estudo, concluiu que os estudantes de enfermagem mais velhos apresentavam um maior número de atitudes positivas para com os idosos.

Ansello (1991), Carmel e colaboradores (1992) verificaram que as enfermeiras que cuidavam de idosos preferiam exercer a sua posição junto de uma população de pessoas mais jovens.

Brower (1985) estudou a relação entre o tempo passado com idosos e as atitudes para com os mesmos, num grupo de enfermeiros, e verificou que os enfermeiros que passavam menos tempo com idosos tinham atitudes mais positivas. Identicamente, Dillard e Feather (1991) verificaram que as auxiliares de enfermagem que trabalham menos tempo, durante a semana, apresentavam menos estereótipos negativos sobre idosos. Por seu lado, os enfermeiros que trabalhavam, só no turno da noite, e os que trabalhavam, só no turno da manhã, eram menos concordantes com práticas estereotipadas para com os idosos.

Relativamente aos anos de experiência, Taylor e Harned (1978) verificaram que os enfermeiros com menos de 10 anos de experiência apresentavam atitudes mais positivas.

Smith, Japson e Perloff (1982) concluíram que enfermeiros que tinham entre dois e cinco anos e mais de treze anos de experiência relatavam experiências mais positivas com idosos do que os que tinham entre seis a treze anos de experiência. Pennington e Pierce (1985) constataram que os enfermeiros com menos de cinco anos de experiência eram mais empáticos para com os idosos que os que tinham mais de cinco anos.

Dellasega e Curriero (1991) e Schoen (1993) referem que o contacto interpessoal com os idosos reduz o número de estereótipos e que os enfermeiros com essa experiência tendem a

desenvolver atitudes mais positivas. Estes estudos podem encontrar fundamentação em Fried e colaboradores (1993) que referem que os estereótipos são irracionais e que as suas crenças podem ser reforçadas pela experiência. Assim, experiências positivas promovem atitudes positivas e experiências negativas promovem atitudes negativas (Wolk e Wolk, 1971).

Estes trabalhos levaram a que o interesse actual dos investigadores resida sobretudo na natureza do contacto e do contexto em que ele ocorre (Astle, 1999).

Uma informação mais específica sobre esta matéria pode servir para diminuir estereótipos negativos assim como mitos contraditórios sobre o envelhecimento e desta forma promover o processo de mudança de atitudes (Vasil e Wass., 1993). De salientar que as atitudes positivas e a avaliação das necessidades individuais dos idosos são essenciais para a qualidade dos cuidados prestados (Miller, 1990).

3- ESTUDO PARA A ADAPTAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA DE ATITUDES DE KOGAN PARA PESSOAS IDOSAS

3.1 OBJECTIVO

O primeiro objectivo deste trabalho consiste em construir uma versão portuguesa da Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas (EAKPI) que possua características psicométricas semelhantes às da escala original, de forma a garantir que se trata do mesmo instrumento. Ao fazê-lo pretendemos minorar falhas de mensuração inerentes a procedimentos limitados à tradução do instrumento em causa.

Para que a referida escala possa ser usada na população Portuguesa como um método objectivo de recolha de dados relativos às atitudes para com as pessoas idosas, é necessário que a versão portuguesa da Escala tenha características psicométricas adequadas e idênticas à escala original - Kogan Attitudes Toward Old People Scale (Kogan, 1961).

3.2 DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

Após uma pesquisa centrada nos estudos de investigação sobre atitudes para com as pessoas idosas, verificámos que, com frequência, estes eram realizados com o uso da Escala AKPI (Astle, 1999; Hellbusch et al., 1994; Hilt e Lipschult, 1999; Lookinland e Anson, 1995; McCracken et al., 1995; MacNeil, 1991; Thorson e Powell, 1991; Reed et al., 1992; Taylor e Harned, 1978). Tal facto contribuiu para que escolhessemos esta escala para avaliar as atitudes para com pessoas idosas. Além disso, partilhamos a opinião de Astle (1999), segundo a qual a escala é fácil de aplicar e de cotar. De referir ainda que a consistência interna, com valores aceitáveis, permite considerá-la um instrumento adequado para medir atitudes.

Esta escala tem sido extensivamente usada em estudos com estudantes do ensino superior, nomeadamente de Psicologia, de Enfermagem, de Medicina e com enfermeiros e técnicos de reabilitação entre outros (Astle, 1999).

Ao optarmos por esta escala, necessitámos fazer uma adaptação da mesma para Portugal. Procedemos ao pedido de autorização para a utilização da escala ao seu autor, o Professor Nathan Kogan, a qual foi concedida a 13 de Janeiro de 2000. (ver anexo 1)

3.2.1 CARACTERIZAÇÃO DO INSTRUMENTO

Kogan construiu a escala de Atitudes para com pessoas idosas a partir de trabalhos sobre minorias étnicas (substituindo o grupo de referência pelo de pessoas idosas) e de trabalhos sobre estereótipos e sentimentos para com idosos.

A escala AKPI avalia a percepção dos sujeitos em sete áreas relativas aos idosos:

- 1- segregação através do espaço habitacional (onde e como os idosos devem viver);
- 2- sentimentos provocados pela convivência com idosos;
- 3- relações interpessoais entre gerações;
- 4- homogeneidade dos idosos enquanto grupo;
- 5- dependência;
- 6- capacidades cognitivas;
- 7- aparência pessoal e personalidade.

Estas áreas são avaliadas através das respostas dos sujeitos a pares de itens, específicos para cada área.

- Assim para avaliar a área 1 (segregação através do espaço habitacional) temos:
 - par um (item negativo - para manter uma zona residencial agradável é preferível que ela não seja habitada por muitas pessoas idosas);

- par cinco (item negativo - provavelmente seria melhor se a maioria das pessoas idosas vivesse nos mesmos prédios que outras pessoas da sua idade);
 - par dezasseis (item negativo - a maioria das pessoas idosas tende a deixar as suas casas tornarem-se desleixadas e pouco atractivas).
- Para avaliar a área 2 (sentimentos provocados pela convivência com idosos) temos:
 - par oito (item negativo - a maioria das pessoas idosas provoca mal-estar nos outros);
 - par onze (item negativo - existe uma característica particular nas pessoas idosas: é difícil perceber o que as incentiva);
- Para avaliar a área 3 (relações interpessoais entre gerações) temos:
 - par nove (item negativo - a maioria das pessoas idosas aborrece os outros quando insiste em falar sobre os bons velhos tempos);
 - par doze (item negativo - a maioria das pessoas idosas queixam-se constantemente do comportamento das gerações mais novas);
 - par quinze (item negativo - a maioria das pessoas idosas gasta bastante tempo a intrometer-se nos assuntos dos outros, dando conselhos sem serem solicitadas).
- Para avaliar a área 4 (homogeneidade dos idosos enquanto grupo) temos:
 - par três (item negativo - se as pessoas idosas querem que gostem delas, o primeiro passo a darem é tentarem libertar-se dos seus defeitos irritantes);
 - par sete (item negativo - a maioria das pessoas idosas são bastante parecidas umas com as outras com excepção de alguns casos).

- Para avaliar a área 5 (dependência) temos:
 - par dois (item negativo - a maioria das pessoas idosas prefere deixar de trabalhar logo que o montante da reforma seja suficiente para aguentar as despesas que têm);
 - par catorze (item negativo - a maioria das pessoas idosas exigem excessivamente que sejam amadas e encorajadas).

- Para avaliar a área 6 (capacidades cognitivas) temos:
 - par treze (item negativo - a maioria das pessoas idosas instala-se nos seus hábitos e são incapazes de mudar);
 - par quatro (item negativo - é disparatado pensar que a sabedoria vem com a idade).

- Para avaliar a área 7 (aparência pessoal e personalidade) temos:
 - par seis (item negativo - a maioria das pessoas idosas deveria preocupar-se mais com a sua aparência pessoal. Habitualmente têm um aspecto desleixado).
 - par dez (item negativo - a maioria das pessoas idosas são irritantes, inconvenientes e desagradáveis).

Cada par de itens está emparelhado, ou seja, a atitude é formulada na negativa (item negativo) e na positiva (item positivo). Por exemplo: o item 13 negativo - A maioria das pessoas idosas instalam-se nos seus hábitos e são incapazes de mudar; o item 13 positivo - A maioria das pessoas idosas são capazes de se adaptarem de novo quando a situação o exige.

O instrumento consiste numa lista de 34 itens: 17 negativos e 17 positivos.

Existem 6 possibilidades de resposta para cada item. É pedido ao sujeito que registre o seu grau de concordância para cada um dos itens numa escala do tipo Likert com 6 pontos: 1: discordo completamente; 2: discordo em grande parte; 3: discordo parcialmente; 5: concordo parcialmente; 6: concordo em grande parte; 7: concordo completamente. Obtém-se assim uma possibilidade de resposta desde muito positiva (1) até muito negativa (7). A ausência de resposta é cotada com o valor 4.

Os itens negativos e positivos estão distribuídos aleatoriamente, apresentando o instrumento duas escalas: a escala negativa (constituída pelos itens negativos) e a escala positiva (constituída pelos itens positivos).

Para poder comparar entre si os resultados obtidos com cada uma das escalas, as pontuações atribuídas aos itens da escala positiva são revertidas, ou seja, o valor atribuído pelo sujeito a cada afirmação positiva é subtraído de 8. Deste modo, quer para a escala negativa quer para a escala positiva, pontuações totais baixas indicam atitudes mais favoráveis para com os idosos enquanto que valores elevados indicam atitudes mais desfavoráveis.

O valor 3.5 foi estabelecido por Kogan (1961) como o ponto teoricamente neutro.

Para o estudo do instrumento, Kogan usou 3 grupos de estudantes de Psicologia. Grupo 1 formado por 128 sujeitos do sexo masculino e grupo 2 por 186 sujeitos também do sexo masculino. O grupo 1 e 2 frequentavam a Universidade de Northeastern. O grupo 3 formado por 87 sujeitos do sexo masculino e 81 do sexo feminino (total= 168) frequentava a Universidade de Boston.

Em relação aos testes de consistência, Kogan efectuou alguns procedimentos nomeadamente: correlação entre cada item e o total da escala correspondente (negativa e positiva) e correlação entre os itens de cada par. Calculou igualmente as médias e desvios

padrão para cada item. A consistência interna da escala negativa e da positiva revelaram-se um valores aceitáveis, assim como a correlação entre escalas. O coeficiente de consistência interna para a escala negativa foi de .73, .83 e .76, respectivamente para os grupos de Northeastern (n= 128 e n=186) e para o grupo de Boston (n=168). Para a escala positiva foi de 0.66 (n=128); 0.73 (n=186) e 0.77 (n=168) para os já referidos grupos.

3.3 PROCEDIMENTOS NA ADAPTAÇÃO DA ESCALA PARA A VERSÃO PORTUGUESA

Na adaptação da Escala AKPI para Portugal, seguimos 3 passos do procedimento da adaptação de instrumentos formulados por Spielberger e Sharma (1976).

3.3.1 A TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS

Ao fazer a adaptação de um instrumento para outro idioma diferente, o primeiro caminho consiste na tradução dos itens originais. Cada item foi traduzido de acordo com o significado do conteúdo do respectivo item original. Houve necessidade de adaptar algumas palavras, em dois dos trinta e quatro itens, de modo a que estes itens fizessem sentido para a população portuguesa.

Assim, no item 14 substitui-se a palavra ânimo (*reassurance*) por encorajamento, ficando assim a frase:

- A maioria das pessoas idosas não precisa de mais amor e encorajamento que outra pessoa qualquer.

No item 24, substitui-se a palavra relaxação (*relaxing*) por descontração originando a frase:

- A maioria das pessoas idosas provoca nos outros descontração quando convivem com elas.

Deste modo, na tradução obtida respeitou-se o formato e as instruções da versão original

3.3.2 AVALIAÇÃO DA TRADUÇÃO

Para avaliar a tradução dos itens da escala para a língua portuguesa pedimos a 2 psicólogos *bilingues* para avaliarem os itens traduzidos e sugerirem alterações na tradução. A qualidade bilingue refere-se à eficiência de leitura em duas línguas (Spielberg e Sharma, 1976). Estes psicólogos não encontraram nenhum item com tradução incorrecta. No entanto, sugeriram que no item 5 e 21 (ambos constituem um par) se substituisse bairro residencial por prédios, por ser consistente com a avaliação do carácter de segregação através do espaço habitacional.

As frases resultaram na seguinte forma:

- Item 5- Provavelmente seria melhor que as pessoas idosas habitassem em prédios habitados por pessoas mais novas;
- Item 21- Provavelmente seria melhor se a maioria das pessoas idosas vivessem nos mesmos prédios que outras pessoas da sua idade.

Solicitou-se a um profissional (tradutor) que traduzisse para inglês a formulação em português da Escala (AKPI), no desconhecimento do texto original em língua inglesa.

Encontrámos pequenas diferenças nesta retroversão, no entanto, não alterámos os itens da lista revista porque:

- 1- as diferenças na retroversão se deviam a alterações sugeridas pelos colegas psicólogos (item 5 e 21) e à substituição de uma palavra por fazer mais sentido para a língua Portuguesa (item 24). No item 5 e 21, a diferença apontada é entre (prédios "mixed communities" e na retroversão bairros residenciais "residential units" na versão inglesa. Optámos por manter a palavra prédio por concordarmos com o sugerido e por avaliar o carácter da segregação do idoso. Da mesma forma, mantivemos a palavra descontração por considerarmos que é usada constantemente na língua Portuguesa para significar o mesmo que "*relaxing*" na versão inglesa.
- 2- em relação a diferenças na retroversão ocorrida nos itens 10, 22 e 28: no item 10, a palavra bem-humorada resultou na retroversão na palavra "*witty*", sendo a versão original inglesa "*good humored*" pelo que mantivemos "*good humored*". No item 20, a palavra sabedoria resultou na retroversão na palavra "*knowledge*", sendo a versão original "*wiser*", pelo que mantivemos "*wiser*" que se insere no contexto da frase. No item 22, a palavra desleixado resultou na retroversão na palavra "*unkept look*", sendo a versão original "*untidy*", pelo que mantivemos a palavra "*untidy*" por ser a mais significativa. Finalmente, no item 28, a retroversão resultou no reforço do sentido da frase (*there is one typical trait in senior citizens: it's difficult to understand what incites on stimulates them*). Optámos por manter a tradução por parecer mais idêntica à inglesa (*there is something different about most old people: it's hard to figure out what makes them tick*).

Como já foi referido, as alterações na retroversão não implicaram a mudança de qualquer dos itens, pelo que não se reiniciou o processo já feito.

Pelo facto de não haver discrepâncias significativas entre as duas versões para o total dos 34 itens, interpreta-se que a versão portuguesa da escala AKPI tem validade de conteúdo

adequada, ou seja a escala na versão Portuguesa é válida para medir atitudes para com idosos. A escala é apresentada sob a forma de um questionário de auto-avaliação e na folha de rosto estão as instruções de resposta.

O questionário é constituído por duas partes:

- parte 1- composta pelos dados demográficos: sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão;
- parte 2- escala com a lista dos 34 itens e para cada um seguem-se as respectivas possibilidades de resposta.

A versão original da escala, a retroversão e a tradução final encontram-se no anexo 2.

3.3.3 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA

A versão experimental da escala para a língua portuguesa foi aplicada a uma amostra de sujeitos da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Após ter sido explicado aos inquiridos o objectivo do estudo - adaptação para Portugal do instrumento em questão, estes completaram-no de forma voluntária e anónima. A recolha dos questionários foi feita por amigos, colegas e psicólogos.

♦ Características da amostra

A amostra para o estudo da Escala de Atitudes Kogan para com Pessoas Idosas é constituída por um grupo de adultos ($n=209$), 89 do sexo masculino, o que corresponde a 43% da amostra e 120 do sexo feminino, o que corresponde a 57% da amostra.

Os resultados preliminares dos censos 2001 do I.N.E. revelam que continuamos a ser um país com mais mulheres que homens. Pela distribuição dos sexos na nossa amostra, podemos dizer que ela é representativa da população portuguesa.

A média de idades é de 35.2, com desvio padrão de 13.8, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 70 anos. As percentagens na distribuição por grandes grupos etários é a

seguinte: no grupo etário dos 18-39 anos encontram-se 68% dos sujeitos (n=142); dos 40-59 anos 55% (n=52) e no grupo de idade igual ou superior a 60 anos 7% (n=15).

A escolaridade está representada pelo número máximo de anos completos de escolaridade. A média de escolaridade é 11.9 anos, com um desvio padrão de 4, sendo o mínimo, 4 anos de escolaridade e o máximo, acima de 12 anos. A leitura do quadro 1 relativo à escolaridade permite observar a grande percentagem de participantes no grupo com mais de 12 anos de escolaridade (38%), verificando-se como é que os sujeitos se distribuem nos vários anos de escolaridade: 4 anos - ensino primário; 9 anos - até aos 9º ano de escolaridade inclusive; 12 anos - até ao 12º ano de escolaridade inclusive; e ensino superior - com mais do 12º ano. O Quadro 1 apresenta a distribuição dos sujeitos por níveis de escolaridade.

QUADRO 1

Distribuição dos sujeitos por níveis de escolaridade (n = 209)

NÍVEIS DE ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA DE CASOS	PERCENTAGENS
4 anos	19	9
9 anos	33	16
12 anos	65	31
> 12 anos	79	38
desconhecido	13	6

A distribuição por situação profissional é a seguinte: profissionalmente activo encontram-se 71% dos sujeitos (n=148); estudantes 20% (n=42), desempregados 3% (n=6), reformados 4% (n=8) e situação desconhecida 2% (n=5).

Por último, segue-se a distribuição por estado civil: solteiros são 45% dos sujeitos (n=94), casados 46% (n=96), divorciados 6% (n=12), viúvos 2% (n=5) e desconhecido 1% (n=2).

Pelos dados apresentados verifica-se que a amostra é heterogénea no que diz respeito às variáveis sexo, escolaridade, situação profissional e estado civil. A estrutura destas duas últimas variáveis é semelhante à distribuição da população portuguesa com mais de 18 anos.

O mesmo não aconteceu com o grupo de pessoas idosas o qual está subrepresentado. Segundo publicação do INE de 1999, em 1998 o número de idosos correspondia a 15,2% da população e desde 1995, o número de mulheres idosas é superior ao número de mulheres jovens. Além disso, o nível de educação da amostra usada neste estudo é mais elevado que o da população portuguesa em geral.

ESTUDO 1- ESTATÍSTICA DESCRITIVA E ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA

O Quadro 2 apresenta a estatística descritiva para cada item (média, desvio padrão, moda, frequência da moda, mediana, percentil 25 e percentil 75).

QUADRO 2
Estatística descritiva dos itens (n=209) da Escala AKPI

PAR	Nº*	MÉDIA	D.P.	MODA	FREQUÊNCIA MODA	MEDIANA	PERCENTIL 25	PERCENTIL 75
1	N 14	2.09	1.39	1	77	2	1	3
	P 1	2.30	1.20	2	93	2	1	3
2	N 18	3.32	1.71	2	59	3	2	5
	P 2	1.90	1.06	1	86	2	1	2
3	N 3	3.98	2.05	5	58	5	2	6
	P 19	2.39	1.44	2	67	2	1	3
4	N 14	3.32	1.90	2	54	3	2	5
	P 20	2.27	1.22	2	82	2	1	3
5	N 21	2.85	1.79	1	62	2	1	5
	P 5	2.28	1.42	1	72	2	1	3
6	N 22	3.35	1.67	3	55	3	1	5
	P 6	3.01	1.37	3	77	3	2	3
7	N 7	2.86	1.69	2	56	2	1	5
	P 23	3.04	1.73	3	54	3	2	5
8	N 8	2.15	1.35	1	85	2	1	3
	P 24	3.60	1.62	3	83	3	3	5
9	N 9	2.74	1.67	1	58	2	1	3
	P 25	1.95	1.43	1	88	2	1	2
10	N 26	1.92	1.23	1	97	2	1	2
	P 10	3.63	1.64	3	76	3	2	5
11	N 28	2.82	1.73	3	57	3	2	5
	P 11	2.96	1.74	2	52	3	2	5
12	N 12	5.31	1.46	6	70	6	5	6
	P 27	5.60	1.32	6	69	6	5	7
13	N 29	4.38	1.63	5	78	5	3	6
	P 13	4.11	1.68	3	71	3	3	6
14	N 30	3.80	1.71	3	58	3	2	5
	P 14	5.69	1.46	7	78	6	5	7
15	N 15	3.58	1.68	5	66	3	2	5
	P 31	4.02	1.54	3	67	5	3	5

PAR	Nº	MÉDIA	D.P.	MODA	FREQUÊNCIA MODA	MEDIANA	PERCENTIL 25	PERCENTIL 75
16	N 32	2.67	1.47	2	75	2	2	3
	P 16	3.11	1.52	3	75	3	2	3
17	N 17	3.02	1.71	2	60	3	2	2
	P 33	3.81	1.81	3	50	3	2	5

* Nº DA QUESTÃO NO QUESTIONÁRIO

	\bar{x}	D.P.
TOTAL NA ESCALA NEGATIVA	55.17	12.01
	MED= 3.25	

	\bar{x}	D.P.
TOTAL NA ESCALA POSITIVA	55.67	9.64
	MED=3.27	

Da observação do Quadro 2 verificamos que a média da escala negativa é de 3.25, enquanto que a média da escala positiva é de 3.27. Assim, estabelecemos o valor 3.25 como o teoricamente neutro da atitude para com o idoso. Observando os valores das médias dos itens, verificamos que estes variam entre o mínimo de 1.90 (DP=1.06) até o máximo de 5.69 (DP=1.46).

A maioria dos itens apresenta médias abaixo do valor neutro, o que significa que os sujeitos em média se posicionam favoravelmente face aos idosos.

Comparando os valores das médias da amostra portuguesa com as três amostras americanas (Quadro 3), verificamos que na escala negativa os valores da média e desvio padrão são semelhantes nos 4 grupos. Na escala positiva, o valor da amostra portuguesa é inferior ao dos outros três da amostra americana. Atendendo aos valores médios das escalas negativa e positiva, fica estabelecido o valor de 3.25 como o valor neutro das atitudes para com os idosos, na população portuguesa. O Quadro 3 mostra a média e o desvio padrão nas 2 escalas na amostra portuguesa e americana.

QUADRO 3

Média, Desvio Padrão nas 2 escalas na amostra portuguesa e americana

AMOSTRAS	AMOSTRA PORTUGUESA		AMOSTRA AMERICANA					
	N=208		N ₁ =128		N ₂ = 186		N ₃ =168	
	MÉDIA	D.P.	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.
TOTAL ESCALA NEGATIVA	55.17	12.01	56.84	11.00	54.17	12.28	54.87	11.04
	3.25		3.35		3.40		3.23	
TOTAL ESCALA POSITIVA	55.67	9.64	62.13	9.70	60.42	10.47	64.14	10.90
	3.27		3.65		3.77		3.77	

A figura 1 (anexo 3) mostra a distribuição dos valores das médias para cada item da escala na amostra Portuguesa e nas amostras Americanas verificando-se que os valores na amostra portuguesa são mais baixos e só excedem os da americana em 3 itens (par 2, 11 e 14), o que significa que os portugueses, em média, revelam uma atitude ligeiramente mais positiva para com os idosos que os americanos. Quando a formulação do item é feita na negativa as respostas tendem a ir mais no sentido da desejabilidade social.

Verifica-se também que as médias na escala positiva são superiores às da escala negativa nos 4 grupos. Kogan (1961) justifica este facto dizendo que é mais fácil as pessoas expressarem posições estereotipadas quando os estereótipos que servem de inquérito são formulados na positiva.

À diferença de resultados médios entre a amostra portuguesa e as americanas não será estranha a própria constituição dessa amostra portuguesa e amostras americanas. A portuguesa constituída por indivíduos que se distribuem por diferentes grupos etários e as americanas apenas por jovens universitários.

Na amostra portuguesa encontramos o valor mínimo 1 e o valor máximo 7 para todos os itens, excepto no item positivo do par 2 cujo valor máximo é de 6. Verifica-se pois que, na generalidade, a amplitude percorre toda a escala.

Na mesma amostra verificamos outras situações que equacionamos em dois tipos para tornar mais fácil a compreensão.

Situação 1

Itens cujos valores no percentil 25 e 75 variam da atitude muito positiva (1) a negativa (6):

a) 5 pares de itens negativos e positivos

par 7 (item negativo corresponde à questão 7 do questionário e o item positivo à questão 23) - avalia os idosos como grupo homogéneo

par 11 (item negativo corresponde à questão 28 do questionário e o item positivo à questão 11) - avalia os sentimentos provocados pelo convívio com os idosos

par 13 (item negativo corresponde à questão 29 do questionário e o item positivo à questão 13) - avalia as capacidades cognitivas

par 15 (item negativo corresponde à questão 15 do questionário e o item positivo à questão 31) - avalia as relações interpessoais entre gerações

par 17 (item negativo corresponde à questão 17 do questionário e o item positivo à questão 33) - na opinião de Kogan (1961) não se relaciona com nenhuma outra avaliada na escala).

Podemos interpretar estes resultados no sentido que estes pares de itens ao terem valores que variam entre extremos se constituem como bons avaliadores das atitudes para as referidas áreas.

b) 8 pares de itens negativos e positivos

- 6 pares nos quais apenas o item negativo está nas condições acima referidas

par 2 (item negativo corresponde à questão 18 do questionário e o item positivo à questão 2) - avalia a dependência

par 3 (item negativo corresponde à questão 3 do questionário e o item positivo à questão 19) - avalia o idoso como grupo homogêneo

par 4 (item negativo corresponde à questão 4 do questionário e o item positivo à questão 20) - avalia a capacidade cognitiva

par 6 (item negativo corresponde à questão 22 do questionário e o item positivo à questão 6) - avalia a aparência pessoal

- 2 pares cujos itens não estão nas referidas condições

par 8 (item negativo corresponde à questão 8 do questionário e o item positivo à questão 24) - avalia os sentimentos provocados pelo convívio com os idosos

par 10 (item negativo corresponde à questão 26 do questionário e o item positivo à questão 10) - avalia a aparência pessoal

De um modo geral, estes 13 pares de itens são bons avaliadores das áreas a que se referem, sendo contudo melhores avaliados os 5 pares da situação 1.a. De uma forma geral, todas as áreas contempladas na Escala de Atitudes para Pessoas Idosas de Kogan são avaliadas.

Situação 2

Itens cujos valores no percentil 25 e 75:

- a) variam entre valores de atitudes positivas (par 1, 16 e 9)
- b) variam entre valores de atitudes negativas (par 12)

Dentro das duas situações iremos debruçarmo-nos sobre alguns dos itens, que pelos valores apresentados, merecem ser objecto de análise.

Para a situação 1.a) analisamos os pares 11 e 13. Ambos apresentam valores semelhantes no item negativo e no positivo, o que revela que há coerência entre as respostas dos sujeitos perante a afirmação colocada na negativa e na positiva.

P11 - os valores atingidos no item negativo mostram-nos que 75% dos sujeitos têm uma posição que varia entre discordo completamente e concordo parcialmente perante o facto de existir uma característica particular nas pessoas idosas, é difícil perceber o que as incentiva, revelando uma atitude algo estereotipada ($P_{75}=5$).

Apenas 25% discorda completamente ou em grande parte, revelando uma atitude favorável ($P_{25}=2$). Em média, a atitude dos sujeitos é menos estereotipada ($\bar{x}=3.82$, D.P.=1.73) enquanto que respostas mais frequentes (57 sujeitos) correspondem a uma atitude neutra quanto à questão enunciada. Por outro lado, os valores no item positivo vão no mesmo sentido que os do item negativo, embora em média a atitude dos sujeitos seja neutra ($\bar{x}=2.96$, D.P.=1.61) enquanto que a resposta mais frequente (52 sujeitos) corresponde a uma atitude positiva (moda=2).

Par 13 - os valores atingidos no item negativo mostram-nos que a posição de 75% dos sujeitos varia entre discordo completamente até concordo em grande parte perante o facto de que a maioria das pessoas idosas se instalar nos seus hábitos e ser incapaz de mudar, revelando uma atitude bastante estereotipada ($P_{75}=6$). Apenas 25% discordam completamente, em grande parte e parcialmente revelando atitude neutra ou tendencialmente favorável ($P_{25}=3$). 78 sujeitos têm uma atitude algo estereotipada relativamente à questão enunciada, sendo a resposta mais frequente, no mesmo sentido do da média (moda=5, $\bar{x}=4.38$, D.P.=1.63).

Para a situação 1.b) analisamos os pares de itens 2 e 14 em que apenas o item negativo apresenta valores no percentil 25 e 75 que variam da atitude muito positiva (1) para a muito negativa (7).

Par 2 - os valores atingidos no item negativo mostram-nos que 75% dos sujeitos têm uma posição que varia entre discordo completamente e concordo parcialmente, que a maioria das pessoas idosas prefere deixar de trabalhar logo que o montante da reforma seja suficiente para aguentar as despesas que têm, revelando uma atitude algo estereotipada ($P_{75}=5$). Em média ($\bar{x}=3.32$, D.P.=1.71) a atitude é neutra. No entanto, a resposta mais frequente (dada por 59 sujeitos) corresponde a uma atitude positiva quanto à mesma questão (Moda = 2).

Po outro lado, os valores no item positivo³ mostram-nos que 75% dos sujeitos ($P_{75}=2$) revelam uma atitude favorável e 25% tem uma atitude muito positiva ($P_{25}=1$). Em média ($\bar{x}=1.90$, D.P.=1.06) os sujeitos apresentam atitude positiva enquanto que a resposta que ocorre mais vezes (86 sujeitos) corresponde a uma atitude muito positiva relativamente à mesma questão (moda=1).

Não existe nenhum sujeito que tivesse manifestado uma atitude muito negativa já que o valor máximo atribuído no item foi de 6. Os valores nos itens negativo e positivo não vão no mesmo sentido, enquanto que no item negativo, 75% ($P_{75}=5$) tem atitude estereotipada, quando a questão é colocada na positiva no item positivo, 75% tem uma atitude positiva ($P_{75}=2$).

Par 14 - os valores atingidos no item negativo mostram-nos que 75% têm uma posição que varia entre discordo completamente e concordo parcialmente que a maioria das pessoas idosas exigem excessivamente que sejam amadas e encorajadas, revelando assim uma atitude algo estereotipada ($P_{75}=5$) e apenas 25% discorda em grande parte e completamente, revelando uma atitude positiva ($P_{25}=2$). Em média ($\bar{x}=3.80$, D.P.=1.71) assim como a

³ Note-se que para tornar as duas escalas comparáveis o valor atribuído ao item positivo é subtraído de 8.

resposta que ocorre mais vezes (dada por 58 sujeitos) corresponde a uma atitude neutra ou tendencialmente mais favorável relativamente à questão referida, (moda=3).

Por outro lado, os valores no item positivo mostram-nos que 75% dos sujeitos revelam uma atitude muito estereotipada ($P_{75}=7$) e apenas 25% tem uma atitude ligeiramente menos estereotipada relativamente às necessidades afectivas das pessoas idosas ($P_{25}=5$). Em média ($\bar{x}=5.69$, D.P.=1.46) os sujeitos apresentam uma atitude estereotipada enquanto que a resposta que ocorre mais vezes (78 sujeitos) corresponde a uma atitude muito estereotipada relativamente a esta questão (moda=7). A diferença entre as médias do par de itens é a mais elevada (1.89) de todas as diferenças verificadas entre as médias de itens de outros pares.

De seguida, analisamos os pares 8 e 10, nos quais apenas o item positivo apresenta valores no percentil 25 e 75 que variam de atitude neutra (3) ou positiva (2) a negativa (5).

Par 8 - os valores atingidos no item negativo mostram-nos que 75% dos sujeitos discordam completamente, em grande parte e parcialmente que a maioria das pessoas idosas provoca mal-estar nos outros, revelando assim uma atitude neutra ou tendencialmente favorável ($P_{75}=3$) e apenas 25% discorda completamente ($P_{25}=1$) revelando uma atitude muito positiva. Em média ($\bar{x}=2.15$, D.P.=2.35) apresentam atitude positiva. A resposta que ocorre mais vezes (85 sujeitos) corresponde a uma atitude muito positiva, quanto à questão enunciada (moda=1).

Por outro lado, os valores no item positivo mostram-nos que 75% dos sujeitos revelam uma atitude algo estereotipada ($P_{75}=5$) e apenas 25% têm uma atitude neutra ou menos estereotipada ($P_{25}=3$).

Em média ($\bar{x}=3.60$, D.P.=1.62) assim como com maior frequência (83 sujeitos) revelam uma atitude neutra ou pouco estereotipada (Moda =3).

Par 10 - os valores atingidos no item negativo mostram-nos que 75% dos sujeitos discordam completamente e em grande parte quanto ao facto de a maioria das pessoas idosas

serem irritantes, inconvenientes e desagradáveis revelando assim uma atitude neutra ou tendencialmente positiva ($P_{75}=3$) 25% dos sujeitos revela atitude muito positiva ($P_{25}=1$). Em média ($\bar{x} = 1.92$, D.P.=1.23) os sujeitos têm uma atitude muito positiva quanto à mesma questão a qual corresponde também, ao maior número (97 sujeitos) de respostas dadas (moda=1).

Por outro lado, os valores no item positivo mostram-nos que 75% dos sujeitos revela atitude apenas relativamente estereotipada ($P_{75}=5$) e 25% têm uma atitude positiva ($P_{25}=2$). Em média ($\bar{x} = 3.63$, D.P.=1.61) e com mais frequência (76 sujeitos) mostram uma atitude neutra quanto à questão enunciada (moda=3).

Passemos agora à análise da situação 2.a) ou seja à apresentação dos pares cujos valores no percentil 25 e 75 variam entre valores de atitudes muito positivas (1) e neutras (3).

Par 1 - os valores atingidos no item negativo mostram-nos que 75% dos sujeitos discordam completamente, em grande parte, e parcialmente que para manter uma zona residencial agradável é preferível que esta não seja habitada por muitas pessoas idosas, revelando atitude neutra ou tendencialmente positiva ($P_{75}=3$) e apenas 25% tem uma atitude muito positiva- discorda completamente ($P_{25}=1$). Em média ($\bar{x} = 2.09$, D.P.=1.39) tem uma atitude positiva enquanto que a resposta mais frequente (77 sujeitos) corresponde a uma atitude muito positiva (moda=1).

Os valores no item positivo vão na mesmo sentido que os do item negativo muito embora a atitude mais frequente seja ligeiramente menos positiva (93 sujeitos: moda =2).

Par 16 - os valores atingidos no item negativo mostram-nos que 75% dos sujeitos discordam: completamente, em grande parte e parcialmente que a maioria das pessoas idosas tende a deixar as suas casas, tornarem-se desleixadas e pouco atrativas, revelando uma atitude neutra ou tendencialmente positiva ($P_{75}=3$) e apenas 25% tem uma atitude positiva - discorda completamente ou em grande parte face à mesma questão ($P_{25}=2$). Em média ($\bar{x} = 2.67$,

D.P.=1.47) a atitude dos sujeitos tende para o valor neutro enquanto a atitude positiva corresponde ao maior número (77 sujeitos) de respostas dadas (moda =2).

No item positivo os resultados também vão no mesmo sentido do item negativo. No entanto, a atitude mais frequente é a neutra (75 sujeitos: moda=3).

O par 1 e 16 avaliam a área relativa ao aspecto da segregação do idoso em termos de ocupação do espaço habitacional e de área residencial, e os valores alcançados nos P_{75} e P_{25} mostram-nos a existência de uma atitude geralmente positiva quanto ao facto de os idosos se manterem a viver nas suas próprias casas, sendo capazes de cuidar deles próprios e da sua presença tornar a zona residencial agradável.

Par 9 - os valores atingidos no item negativo mostram-nos que apenas 75% dos sujeitos discordam: em grande parte e parcialmente que as pessoas idosas aborrecem os outros quando insistem em falar dos bons velhos tempos, revelando uma atitude neutra ou tendencialmente favorável ($P_{75}=3$) e 25% dos sujeitos têm uma atitude muito positiva, ou seja, discordam completamente quanto à mesma questão ($P_{75}=1$). Em média ($\bar{x}=2.74$, D.P.=1.67) os sujeitos têm uma atitude próxima do neutro enquanto que a resposta mais frequente corresponde a atitude muito positiva, relativamente à questão enunciada (58 sujeitos: moda=1). Quanto ao item positivo do par referido verifica-se que os resultados vão no mesmo sentido, sendo de realçar a tendência para a posição média mais positiva, que é também a posição mais frequente ($\bar{x}=1.95$, moda=1 para 88 dos participantes).

Finalmente na situação 2.b) encontra-se o par 12, cujos valores no percentil 25 e 75 variam entre atitude menos negativa (5) até muito negativa (7).

Neste par 12, os valores atingidos no item negativo mostram-nos que 75% dos sujeitos se posiciona entre discordo completamente e concordo em grande parte que a maioria das pessoas idosas se queixam constantemente do comportamento das pessoas mais novas, revelando assim uma atitude bastante negativa ($P_{75}=6$), e apenas 25% tem uma atitude um

pouco menos negativa - discorda completamente, em grande parte, parcialmente e concorda parcialmente - que as pessoas idosas se queixam constantemente do comportamento das gerações mais novas ($P_{25}=5$). Em média ($\bar{x}=5.31$, D.P.=1.46) a atitude dos sujeitos é negativa e a resposta mais frequente (70 sujeitos) corresponde a uma atitude bastante negativa relativamente a esta questão (moda=6).

Ambos os pares 9 e 12 avaliam as relações interpessoais entre gerações. Pela exposição dos resultados, verificamos que os sujeitos manifestam uma atitude positiva aceitando que os idosos falem das suas experiências do passado mas apresentam uma atitude muito negativa ao considerarem que as pessoas idosas criticam o comportamento dos mais novos. Verifica-se pois disponibilidade para ouvir as histórias dos mais velhos mas, uma possível área conflituosa associada à crença das críticas por eles colocadas face ao comportamento dos mais novos.

Pela análise da estatística descritiva dos itens verifica-se que alguns pares de itens apresentam resultados que nem sempre são congruentes entre si, muito embora na sua construção se tivesse pretendido obter uma formulação negativa e outra positiva equivalentes. Para explorar estatisticamente essa relação recorreu-se ao estudo das correlações entre pares de itens (positivo e negativo) e à correlação de cada item com o resultado total da escala a que pertence. Foi usado o coeficiente de correlação de Spearman. Apresenta-se no Quadro 4 os resultados alcançados com a amostra portuguesa e os resultados obtidos por Kogan nas três amostras americanas. Pela análise do Quadro 4, verifica-se que, na generalidade, as correlações entre pares de itens e de cada item com o total da sua escala são baixas, o que ocorre também na amostra americana. No entanto, na amostra portuguesa há dois pares de itens, o 11 e o 14, cujas correlações não são significativas. No Quadro 4, apresenta-se a correlação do item com o total da escala e a correlação entre os itens do par, da Escala AKPI.

QUADRO 4

Correlação do item com o total da escala e correlação entre os itens do par, para os itens da Escala de Kogan

		AMOSTRA PORTUGUESA		AMOSTRA AMERICANA					
		N=208		N ₁ =128		N ₂ =186		N ₃ =168	
PAR		CIT	CIP	CIT	CIP	CIT	CIP	CIT	CIP
1	N	.53	.33	.25	.31	.49	.05	.48	.25
	P	.32		.34		.34		.36	
2	N	.31	.16	.10	.31	.30	.35	.32	.38
	P	.18		.18		.32		.28	
3	N	.59	.27	.48	.14	.43	.13	.44	.07
	P	.51		.49		.55		.41	
4	N	.32	.32	.10	.41	-	-	.19	.40
	P	.36		.13		-		.26	
5	N	.32	.32	.47	.42	.49	.32	.40	.26
	P	.25		.36		.32		.34	
6	N	.43	.48	.54	.44	.49	.61	.44	.48
	P	.47		.56		.59		.57	
7	N	.46	.38	.38	.41	.33	.33	.42	.41
	P	.34		.38		.33		.42	
8	N	.43	.24	.50	.34	.56	.42	.51	.30
	P	.48		.67		.62		.67	
9	N	.44	.22	.53	.17	.61	.26	.58	.16
	P	.24		.23		.32		.27	
10	N	.59	.16	.46	.25	.55	.40	.54	.27
	P	.47		.64		.61		.66	
11	N	.44	.5 n.s.	.48	.18	.54	.33	.57	.27
	P	.61		.63		.57		.61	
12	N	.29	.48	.52	.50	.54	.34	.50	.41
	P	.27		.33		.25		.49	
13	N	.51	.28	.39	.17	.49	.25	.41	.35
	P	.55		.33		.55		.54	
14	N	.58	.5 n.s.	.50	.27	.52	.11	.46	.19
	P	.23		.27		.43		.39	
15	N	.62	.48	.29	.23	.41	.26	.65	.25
	P	.40		.48		.43		.47	
16	N	.48	.37	.38	.21	.42	.32	.47	.42
	P	.48		.49		.59		.55	
17	N	.23	.38	.41	.13	.40	.24	.49	.12
	P	.16		.36		.09		.34	

LEGENDA CIT- Correlação do item com o total da escala

CIP- Correlação entre os itens do par

Vejamos os dois pares de itens, o par 11 e o par 14, cujas correlações não são significativas.

Par 11 - item negativo: existe uma característica particular nas pessoas idosas: é difícil perceber o que as incentiva; item positivo: a maioria das pessoas idosas não são diferentes das outras pessoas, é tão fácil compreendê-las como às mais novas.

Par 14 - item negativo: a maioria das pessoas idosas exigem excessivamente que sejam amadas e encorajadas; item positivo: a maioria das pessoas idosas não precisam de mais amor e encorajamento que outra pessoa qualquer.

No par 11, as respostas são em média mais desfavoráveis no item negativo ($\bar{x} = 3.82$) que no item positivo (2.96).

No caso do par 14, as respostas mais desfavoráveis, em média, são no item positivo ($\bar{x} = 3.80$). Tem interesse verificar que nos pares da escala, estes dois pares são os únicos cujo item positivo é formulado com uma frase construída na negativa, o que poderá ter dificultado a compreensão do seu conteúdo e terá contribuído para a discrepância de respostas relativamente ao item negativo. Apresenta-se no Quadro 5 os coeficientes de consistência interna das duas escalas bem como as correlações entre a escala positiva e a negativa⁴, quer na amostra portuguesa quer nas três amostras americanas, estudadas por Kogan.

Pela observação do Quadro 5, verifica-se que a consistência interna (coeficiente alfa de Crombach) para a escala negativa é de 0.72 e para a escala positiva de 0.64 na amostra da população portuguesa estudada.

Os coeficientes de consistência interna obtidos na adaptação portuguesa da escala de Kogan são, na generalidade, semelhantes aos encontrados pelo referido autor na amostra americana. Note-se que o valor da escala positiva é ligeiramente mais baixo do que o da negativa, tal como na generalidade dos estudos americanos. Os valores de alfa de Crombach alcançados são moderados mas podem considerar-se aceitáveis. Note-se que nenhuma das escalas, negativa ou positiva, melhoraria substancialmente ao nível da consistência interna, se fossem retirados alguns dos itens (dado os valores que constam nos Quadros do anexo 5). Por esse facto, e apesar das objecções que se podem colocar relativamente a alguns desses itens,

⁴ A representação gráfica da correlação entre a escala positiva e a escala negativa encontra-se no anexo 4

decidimos mantê-los, mantendo assim uma maior equivalência de conteúdo entre a versão portuguesa e a americana.

Apresenta-se na Figura 2 (anexo 6) os resultados obtidos em cada escala pelos três grupos etários considerados (18 aos 25 anos, 40 aos 59 anos e com mais de 60 anos). O teste de Kruskal-Wallis não permite verificar diferenças significativas. Igualmente, o teste de Mann - Whitney também não permitiu diferenciar significativamente os resultados obtidos nas duas escalas, homens e mulheres. Apresenta-se no Quadro 5 os coeficientes de consistência interna e correlação entre as escalas.

QUADRO 5
Coeficiente de consistência interna e correlação entre as escalas

		AMOSTRA PORTUGUESA	AMOSTRA AMERICANA		
COEFICIENTE DE CONSISTÊNCIA INTERNA		N=209	N ₁ =128	N ₂ =186	N ₃ =168
	Escala Negativa	0.72	0.73	0.83	0.76
	Escala Positiva	0.64	0.66	0.73	0.77
CORRELAÇÃO ENTRE AS DUAS ESCALAS		0.57	0.52	0.46	0.51

A observação da Figura 2 mostra que o grupo com idade entre os 18 e os 39 anos obtém resultados inferiores na escala negativa relativamente à positiva, no que se diferencia dos dois outros grupos. A tendência descrita por Kogan (1961), que os sujeitos respondem mais favoravelmente aos itens positivos devido à desejabilidade social, não se verifica no grupo mais jovem.

O resultado obtido na escala positiva pelos 3 grupos é semelhante, sendo até igual no grupo de idade dos 40-59 anos e no grupo com mais de 60 anos.

O resultado obtido na escala negativa pelos 3 grupos é diferente, sendo o valor no grupo 18-39 anos inferior ao do grupo 40-50 anos e este por sua vez, inferior ao grupo com mais de 60 anos.

Estudo da estabilidade temporal ou precisão teste - reteste

Foi efectuado um estudo de precisão teste-reteste, com o intervalo de um mês entre as 2 aplicações.

Os inquiridos foram 32 adultos (20 aos 70 anos, com média de idade de 35,7 e desvio padrão 15.33), 8 do sexo masculino e 24 do sexo feminino.

Os participantes foram informados que o objectivo da aplicação consistia na adaptação da escala AKPI para Portugal. Todos participaram voluntariamente e de forma anónima.

Não foi fornecida qualquer informação sobre a intenção de segunda aplicação.

Para o estudo da estabilidade temporal da adaptação portuguesa da Escala de Kogan utilizou-se o teste Wilcoxon.

A orientação e magnitude da diferença de respostas entre a primeira e a segunda aplicação da Escala de Kogan foi calculada para as duas escalas, positiva e negativa, e para cada um dos itens. Os valores obtidos para o total da escala negativa ($T=169$, $Z=1.78$ a $p>.08$) e os encontrados para o total da escala positiva ($T=155$, $Z=1.58$ a $p>.11$) mostram-nos que na generalidade não se encontram diferenças de resposta entre a primeira e a segunda aplicações. No entanto, no que diz respeito às respostas a cada um dos itens verificaram-se diferenças significativas de resposta para o item negativo do par 1 ($T=6$, $Z=2.19$, $p.03$, $n=32$) e para dois itens positivos: item 10 ($T=23$, $Z=2.33$, $p.02$, $n=32$) e item 14 ($T=28$, $Z=3.04$, $p.002$, $n=32$).

Os resultados em geral permitem considerar a existência de uma estabilidade temporal teste-reteste aceitável, para as aplicações realizadas com um mês de intervalo.

3.4- CONCLUSÃO

De uma forma geral, os resultados obtidos com a aplicação da versão portuguesa da Escala de Atitudes de Kogan para Pessoas Idosas vão no mesmo sentido dos obtidos com a população americana apesar das amostras desta população não terem características sócio-

demográficas comparáveis às da amostra portuguesa e do estudo realizado com a amostra portuguesa ser actual (2000).

Verificou-se equivalência do conteúdo entre a versão original da escala e a versão portuguesa. No entanto em futuras investigações, os itens que revelaram baixas correlações com o total da escala a que pertencem, devem ser alvo de revisão.

Devem também ser alvo de estudo aqueles itens cujos pares apresentam correlações entre si não significativas. De facto, verificámos a existência de dois pares de itens cujas correlações entre si não foram significativas. Esses itens são os únicos cujas afirmações de carácter positivo são formuladas com frases na negativa. Pode atribuir-se a ausência de equivalência entre estas versões positivas dos itens e as respectivas versões negativas, à falta de transparência de conteúdo dos já referidos itens positivos (Hilt e Lipschultz, 1999).

Verificou-se também que, na generalidade, a amplitude das respostas percorre toda a escala (1 a 7) e a existência de um número satisfatório de itens cujos valores correspondentes ao percentil 25 e ao percentil 75 se situam em pontos extremos, atitudes muito positiva e muito negativa, face aos idosos.

Por fim, verificou-se uma moderada consistência interna, similar à da amostra americana e uma boa estabilidade temporal teste-reteste, com um mês de intervalo. Kogan não realizou o estudo da estabilidade temporal nas suas amostras.

Estudos a efectuar posteriormente, devem ser estendidos a amostras de maior dimensão e devem incluir outros estudos de validação, como o estudo da estrutura factorial do instrumento, que não foram realizados pelo autor da escala.

4- METODOLOGIA

4.1 OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este trabalho visa o estudo das atitudes dos enfermeiros para com o idoso. Para tal pretendemos:

- conhecer as atitudes dos enfermeiros para com os idosos através das respostas a uma escala de atitudes - Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas- o que constituirá o objecto do estudo 1.
- num grupo restrito de enfermeiros, retirado da amostra do estudo 1, pretendemos conhecer as atitudes dos enfermeiros numa situação de cuidados a idosos através da observação do seu comportamento e qual o impacto desse comportamento no próprio comportamento dos idosos. Pretendemos conhecer ainda a atitude dos enfermeiros relativamente à velhice através da resposta à questão aberta: "o que é para mim a velhice?". A este estudo, com o grupo restrito de enfermeiros, chamamos o estudo 2.

4.2 HIPÓTESES E VARIÁVEIS

4.2.1 HIPÓTESES

Para o estudo 1, elaborámos as seguintes hipóteses:

- I. as atitudes que os enfermeiros têm para com os idosos variam em função do seu grupo etário
- II. a) as atitudes que os enfermeiros têm para com os idosos variam em função da sua categoria profissional
b) as atitudes que os enfermeiros têm para com os idosos variam em função do tempo na categoria profissional

- III. as atitudes que os enfermeiros têm para com os idosos variam em função das suas habilitações académicas
- IV. as atitudes que os enfermeiros têm para com os idosos variam com o tempo na profissão
- V. as atitudes que os enfermeiros têm para com os idosos variam em função da sua área de actuação
- VI. as atitudes que os enfermeiros têm para com os idosos variam em função do seu local de trabalho
- VII. a) as atitudes que os enfermeiros têm para com os idosos variam em função do serviço em que exercem funções
b) as atitudes que os enfermeiros têm para com os idosos variam em função do tempo no serviço.

Para o estudo 2 elaborámos as seguintes hipóteses:

- I. existe uma associação entre o comportamento do enfermeiro para com o idoso e o grupo etário desse enfermeiro
- II. existe uma associação entre o comportamento do enfermeiro para com o idoso e a sua própria categoria profissional
- III. existe uma associação entre o comportamento do enfermeiro para com o idoso e o tempo na sua categoria
- IV. existe uma associação entre o comportamento do enfermeiro para com o idoso e o tempo exercido na sua profissão
- V. existe uma associação entre o comportamento do enfermeiro para com o idoso e o serviço onde ele exerce funções

- VI. existe uma associação entre o comportamento do enfermeiro para com o idoso e as respostas comportamentais do idoso
 - a) existe uma associação entre o comportamento adequado do enfermeiro e o comportamento emocionalmente positivo do idoso
 - b) existe uma associação entre o comportamento desadequado do enfermeiro e o comportamento emocionalmente negativo do idoso
- VII. existe uma associação entre os resultados obtidos pelos enfermeiros na Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas (Escala AKPI, escala negativa e positiva) e o seu comportamento em situação de cuidados
- VIII. existe uma associação entre os resultados obtidos pelos enfermeiros na Escala AKPI (escala negativa e positiva) e o grupo etário do enfermeiro
- IX. existe uma associação entre os resultados obtidos pelos enfermeiros na Escala AKPI (escala negativa e positiva) e a categoria profissional do enfermeiro
- X. existe uma associação entre os resultados obtidos pelos enfermeiros na Escala AKPI (escala negativa e positiva) e o tempo nessa categoria pelo enfermeiro
- XI. existe uma associação entre os resultados obtidos pelos enfermeiros e o tempo na sua profissão
- XII. existe uma associação entre os resultados obtidos pelos enfermeiros e o serviço onde trabalha
- XIII. as atitudes dos enfermeiros para com os idosos variam de acordo com a sua atitude face à velhice

4.2.2 VARIÁVEIS

No estudo 1, tomámos como variável dependente, as atitudes dos enfermeiros para com os idosos.⁵

As variáveis independentes são constituídas por:

a) grupo etário do enfermeiro

Esta variável assume 4 categorias: grupo de sujeitos com idade cronológica até 29 anos, grupo de sujeitos com idade cronológica dos 30 aos 39 anos, grupo de sujeitos com idade cronológica dos 40 aos 49 anos, grupo de sujeitos com idade cronológica igual ou superior a 50 anos.

b) categoria profissional do enfermeiro

Esta variável assume 7 categorias: enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista, enfermeiro gestor (enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor), enfermeiro professor assistente, enfermeiro professor adjunto e enfermeiro professor coordenador.

c) tempo na categoria

d) tempo na profissão

e) habilitações académicas do enfermeiro

Esta variável assume 7 categorias: 9º ano e o Curso Geral de Enfermagem, 11º ano e o Curso Geral de Enfermagem, Curso de Bacharel em Enfermagem, Curso de Licenciatura em Enfermagem, Curso de Estudos Superiores em Enfermagem, Mestrado, Doutoramento.

f) área de actuação do enfermeiro

Esta variável assume 4 categorias: prestação geral / especializada de cuidados, gestão dos cuidados, formação, prestação / gestão dos cuidados e docência.

⁵ As atitudes serão avaliadas através da Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas expressas nos resultados obtidos numa escala negativa e numa escala positiva, do referido questionário. Recorde-se que estes resultados são comparáveis com os da escala negativa porque as pontuações atribuídas pelos participantes foram subtraídas de 8, de acordo com a sugestão de Kogan (1961).

g) local onde o enfermeiro exerce funções

Esta variável assume 4 categorias: hospital, centro de saúde, Escola Superior de Enfermagem, outro local (por exemplo, lar, centro de recuperação para toxicodependentes).

h) serviço onde o enfermeiro exerce funções

Esta variável assume 11 categorias: área de emergência, área de cirurgia, área médica, área de saúde mental, área da mulher e da criança, área de ortopedia, área dos cuidados de saúde primários, área das consultas, área da formação, área de direcção/supervisão dos serviços de enfermagem e área do ensino.

i) tempo no serviço

Para o estudo 2 tomaremos como variável dependente:

- a) atitude dos enfermeiros para com os idosos⁶
- b) atitude implícita no comportamento do enfermeiro para com o idoso aquando da situação de prestação de cuidados. Esta variável assume a categoria de comportamento adequado e comportamento desadequado do enfermeiro
- c) comportamento do idoso face ao enfermeiro que lhe presta cuidados. Esta variável assume a categoria de comportamento emocionalmente positivo, positivo / neutro e negativo

As variáveis independentes serão algumas das já referidas a propósito do estudo 1:

- a) grupo etário do enfermeiro
- b) categoria profissional do enfermeiro
- c) tempo na categoria
- d) tempo na profissão que o enfermeiro tem

⁶ As atitudes serão avaliadas através da Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas expressas nos resultados obtidos numa escala negativa e numa escala positiva, do referido questionário. Recorde-se que estes resultados são comparáveis com os da escala negativa porque as pontuações atribuídas pelos participantes foram subtraídas de 8, de acordo com a sugestão de Kogan (1961).

e) serviço onde o enfermeiro trabalha

A única variável independente que não foi usada no estudo 1 é a atitude do enfermeiro face à velhice. Esta variável assume 7 categorias: velhice como experiência boa, experiência má, vivência natural, final de vida, período de reflexão, vivência natural, atitude ambivalente e período que deve ser preparado.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO EMPREENDIDO

De modo a concretizar os objectivos desta investigação, realizou-se um estudo com características exploratórias e descritivas. Gil (1994) refere que os estudos exploratórios têm o objectivo de dar uma visão geral de tipo aproximativo sobre determinado facto, são utilizados quando o tema está pouco explorado e têm como objectivo a relação entre variáveis. Segundo o mesmo autor, o estudo descritivo é aquele em que as pesquisas têm por objectivo obter informação sobre as opiniões, atitudes e crenças de uma população. O autor acrescenta ainda que as pesquisas descritivas e exploratórias são habitualmente realizadas por investigadores preocupados com a actuação prática. Na revisão de literatura (Astle, 1999; Brower, 1995; Dellasega e Curriero, 1991; Dillard e Feather, 1991; Lookinland e Anson, 1995; McCracken et al., 1995; Pennington e Pierce, 1985; Reed, 1992; Shoen, 1993; Smith et al., 1982; Taylor e Harmed, 1978) constata-se que as atitudes dos enfermeiros para com os idosos têm sido pouco exploradas em Portugal.

Além disso, interessa saber como é que as atitudes variam tendo em conta diversas características (sócio-demográficas e psicossociais) dos próprios enfermeiros. Finalmente importa explorar as repercussões das atitudes dos enfermeiros no tipo de cuidados que estes prestam aos idosos.

Os dados recolhidos neste estudo exploratório e descritivo das atitudes dos enfermeiros para com os idosos foram objecto de uma análise estatística. Essa análise foi desenvolvida relativamente ao estudo 1 e ao estudo 2. Usou-se a estatística descritiva com determinação das médias, desvios-padrão, valores máximos e mínimos, medianas, modas, frequências, correlações e representações gráficas. Utilizou-se também a inferência estatística de modo a que se tornasse possível efectuar inferências acerca da população em estudo, os enfermeiros. Privilegiámos o uso de testes estatísticos não paramétricos dado as variáveis não serem sempre contínuas - são nominais e ordinais - trabalharmos, por vezes, com uma amostra de tamanho reduzido (caso do estudo 2 em que o $n=20$) e as distribuições dos resultados não serem sempre normais para todas as variáveis consideradas.

4.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS

Para avaliar as atitudes dos enfermeiros para com os idosos, foi utilizada a versão Portuguesa da Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas a qual apresentámos no Capítulo 2: estudo para a adaptação da versão portuguesa da Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas.

Para a realização do estudo 2, construímos uma grelha de observação que permite registar o comportamento e as atitudes do enfermeiro para com o idoso, na situação de cuidados, e o comportamento do idoso, face ao enfermeiro, durante essa situação.

Esta grelha de observação foi construída tendo como base a nossa própria experiência profissional como enfermeira, integrada numa equipa de técnicos de saúde que prestam cuidados directos ao doente idoso. Durante alguns anos do exercício profissional observámos o comportamento de alguns enfermeiros quando com eles colaborámos, na prestação de

cuidados ao doente idoso, como seja, nos posicionamentos, nos cuidados de higiene e na administração de terapêuticas.

Sensibilizámo-nos e estivemos atentos às expressões verbais e não verbais dos enfermeiros e dos idosos, tentando captar o máximo de informação disponível para afinarmos uma atitude pessoal adequada.

Efectuámos alguns relatos/registos de observações de cuidados prestados por enfermeiros a doentes idosos descrevendo, minuciosamente, quer o comportamento do enfermeiro quer o do idoso. Posteriormente, aplicando a técnica da análise temática de conteúdo, proposta por Bardin (1997), tentámos organizar a informação recolhida, encontrando categorias descritivas do comportamento das atitudes dos enfermeiros e dos idosos.

Para o referido autor, a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, segundo o género (analogia). As categorias são rúbricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão de caracteres comuns destes elementos. Cada registo de observação foi analisado individualmente e codificado em unidades de registos, as quais foram reagrupadas em categorias de acordo com caracteres comuns.

Obtivemos assim o esboço de uma grelha de comportamentos activos para enfermeiros e idosos a qual foi posteriormente revista (Berger 1995). Nomeadamente, foram tidas em consideração as atitudes dos enfermeiros na relação de ajuda e as atitudes e intervenções consideradas de não ajuda (Berger, 1995). No que diz respeito aos idosos, foram registadas as respostas perante os tratamentos recebidos. A grelha de observação construída encontra-se em anexo (anexos 7 e 8).

Tomando como ponto de referência o estudo realizado por Duarte-Silva e Peralta (2000) com sujeitos idosos, decidimos incluir na informação a recolher junto dos participantes

enfermeiros a resposta à questão aberta "O que é para mim a velhice?". Para o efeito, juntámos uma folha com a questão formulada, seguida de 8 linhas para resposta à mesma (anexo 9).

4.5 PROCEDIMENTO NA RECOLHA DA AMOSTRA

Iniciámos este trabalho com o envio de uma carta dirigida aos directores do Conselho de Administração das Instituições de Saúde e Directoras das Escolas Superiores de Enfermagem a formalizar o pedido de autorização para aplicar os questionários de atitudes aos enfermeiros. Na referida carta foi salientado o objectivo do estudo, o carácter confidencial e anónimo do mesmo, assim como o pedido de colaboração para a divulgação e incentivo para o preenchimento dos questionários. Recebemos parecer favorável de todas as instituições de saúde e escolares e indicação do número de questionários a enviar.

Foram contactadas as Instituições de Saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo, incluindo Hospitais Centrais, Distritais e Especializados; Centros de Saúde e Larés. Nesta última situação contactámos as enfermeiras chefe/responsáveis pelos serviços, alguns dos quais conheciam previamente o objectivo do nosso trabalho e a outros a quem necessitámos referir a resposta favorável do respectivo Conselho de Administração.

A esses enfermeiros chefes/responsáveis solicitámos informação sobre o número de enfermeiros que constituía a equipa de enfermagem e entregámos o número necessário de questionários num envelope. Estabelecemos, com aqueles enfermeiros, um prazo para a recolha dos mesmos o qual variou de 15 dias a 3 meses, devido à justaposição com período de férias, ou com o trabalho por *roulement* da maioria dos enfermeiros ou com a nossa própria disponibilidade. A colaboração de todos os enfermeiros chefes/responsáveis foi unânime.

Nalguns serviços, a entrega dos questionários preenchidos recebidos foi mesmo total, noutros foi um pouco inferior. De qualquer modo, o número de questionários preenchidos recebidos superou as nossas expectativas, tendo em conta a esperada perda experimental.

Das vinte e sete Escolas Superiores de Enfermagem do país, contactámos dezassete. Em algumas das Escolas, situadas na zona da grande Lisboa, contactámos pessoalmente um enfermeiro docente da direcção da Escola, procedendo da mesma forma com os enfermeiros chefes / responsáveis do serviço. Às restantes escolas da área de Lisboa e do resto do país, enviámos um número de questionários, com carta redigida à mesma pessoa do contacto anterior, reforçando o pedido de colaboração e os agradecimentos. Juntamente, enviámos um envelope selado para envio dos questionários preenchidos.

A recolha dos questionários preenchidos por enfermeiros professores foi mais rápida, sendo a demora média de um a dois meses. O número dos questionários preenchidos foi quase o mesmo dos entregues. Alguns dos enfermeiros professores enviaram junto com os questionários preenchidos, uma carta felicitando-nos pelo carácter inovador do trabalho, expressando votos que ele fosse profícuo.

O tempo decorrido desde o pedido de autorização à divulgação e recolha dos questionários foi cerca de 5 meses, entre Maio de 2000 e Março de 2001.

Para constituir a amostra de enfermeiros, sujeitos a observação directa na prestação de cuidados a idosos, solicitou-se a colaboração de uma instituição hospitalar na zona de Lisboa e Vale do Tejo, em que alguns desses técnicos de saúde exercem funções na prestação de cuidados, na área médica e na área cirúrgica.

Escolhemos serviços da área médica, porque esses serviços estão direccionados para um conjunto de patologias frequentes nos idosos, como a doença reumática, as doenças cardiovasculares, as doenças pulmonares crónicas, a diabetes e as doenças mentais (senilidade) e neles se concentram, na realidade, elevado número de pessoas idosas. Os

serviços da área cirúrgica foram escolhidos pela prevalência de doentes idosos intervencionados cirurgicamente, devido a doenças oncológicas.

Procedemos ao pedido formal de autorização à instituição, que foi prontamente concedido. Contactámos directamente os enfermeiros chefes, explicando o objectivo do nosso estudo. No conhecimento da distribuição dos enfermeiros por doente, verificámos qual seria o enfermeiro a quem seria distribuído um doente idoso com necessidade de ajuda, nos cuidados de higiene no leito. Solicitámos autorização para observarmos, dando-lhe abertura para recusar, assegurando que a sua identidade não seria revelada e da confidencialidade dos dados. Todos os enfermeiros aceitaram. Entregámos-lhes um envelope que continha a Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas e a folha com a questão aberta "O que é para mim a velhice?". Solicitámos que o preenchessem e respondessem à questão no prazo de uma semana, pedindo para deixarem esse material num envelope fechado, que também entregámos, à enfermeira chefe; o prazo foi cumprido pela maioria dos enfermeiros.

Dirigimo-nos aos doentes, apresentando-nos e explicando o porquê da nossa presença e assim nenhum recusou colaborar.

No momento que o enfermeiro se dirigia para cuidar do idoso, colocámo-nos aos pés da cama, cujo ângulo de visão proporcionava maior acesso às expressões verbais e não verbais quer do enfermeiro quer do idoso, e registávamos na grelha de observação o que íamos observando, ou seja, o número de ocorrências de cada comportamento ou atitude considerados. No final das observações agradecíamos a ambos a colaboração.

Não nos pareceu que a presença de um observador tenha perturbado, em demasia o comportamento dos observados, possivelmente devido à presença habitual e rotineira, nas enfermarias, de vários profissionais de saúde.

Realizámos uma observação, diariamente. Estas observações decorreram entre finais do ano 2000 e o início do ano 2001. As observações espalharam-se ao longo de um largo período de tempo devido especialmente à nossa indisponibilidade para as realizar.

Dos 20 enfermeiros observados a prestar cuidados aos idosos, apenas um não respondeu à questão "O que é para mim a velhice?".

5- ESTUDO 1 E ESTUDO 2

Começaremos por fazer referência ao estudo 1 que visa o estudo das atitudes de 672 enfermeiros para com os idosos, através das respostas à versão Portuguesa da Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas.

Abordaremos, de seguida, o estudo 2 - que visa o estudo das atitudes para com os idosos a partir da observação de 20 enfermeiros em interacção com pessoas envelhecidas numa situação de cuidados e das respostas desses enfermeiros à questão aberta: "O que é para mim a velhice?".

5.1 ESTUDO 1

5.1.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 672 enfermeiros, 121 do sexo masculino e 551 do sexo feminino.

Os enfermeiros foram distribuídos por 4 grupos etários: o grupo 1 inclui enfermeiros com idades até aos 29 anos, o grupo 2 corresponde a idades entre os 30 e os 39 anos, o grupo 3 compreende idades entre os 40 e os 49 anos e o grupo 4 compreende idades iguais ou superiores a 50 anos.

A amostra apresenta 172 enfermeiros com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos, 257 com idades entre os 30 e os 39 anos, 159 com idade entre os 40 e os 50 anos e 84 com idade superior a 50 anos.

O grupo de idade com maior frequência é o grupo 2 (30 aos 39 anos).

Apresentam-se no Quadro 6, os dados relativos a esta variável.

QUADRO 6

Distribuição dos enfermeiros por grupo de idades

GRUPO DE IDADES	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
GRUPO 1 Até 29 anos	172	25.6%
GRUPO 2 30-39 anos	257	38.2%
GRUPO 3 40-49 anos	159	23.7%
GRUPO 4 ≥ 50 anos	84	12.5%

Relativamente ao estado civil, foram identificados 4 tipos de estado: 1- solteiro, 2- casado, 3- divorciado, 4- viúvo. A maior percentagem dos enfermeiros são casados ou vivem em regime de união de facto (66,2%).

Apresentam-se no Quadro 7 as frequências desta variável.

QUADRO 7

Distribuição dos enfermeiros por estado civil

ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Solteiro	182	27.1%
Casado / União de facto	445	66.2%
Divorciado	42	6.3%
Viúvo	3	0.4%

Quanto à categoria profissional foram identificadas 8 categorias profissionais: enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista, enfermeiro chefe, enfermeiro supervisor, professor assistente, professor adjunto e professor coordenador.

Atendendo que na amostra há enfermeiros com de 21 anos de idade e que a média de idades é de 37 anos, espera-se que a maior percentagem pertença à categoria de enfermeiro

graduado (32,1%), uma vez que pertencem a esta categoria enfermeiros com mais de 6 anos de profissão.

Apresenta-se no Quadro 8 a distribuição dos enfermeiros pela categoria profissional.

QUADRO 8

Distribuição dos enfermeiros pela categoria profissional

CATEGORIA PROFISSIONAL	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Enfermeiro	192	28.6%
Enfermeiro graduado	216	32.1%
Enfermeiro especialista	56	8.3%
Enfermeiro chefe	23	3.4%
Enfermeiro supervisor	1	0.15%
Professor assistente	49	7.3%
Professor adjunto	108	16.0%
Professor coordenador	27	4.0%

Considera-se também:

- o tempo na categoria. Verificou-se que a média de tempo na categoria é 5,1 anos, sendo o tempo mínimo 1 ano e o máximo 29 anos (D.P.=4.39).
- o tempo na profissão, tendo-se observado que o tempo médio na profissão é de 13,9 anos, sendo o tempo mínimo 1 ano e o máximo 40 anos (D.P.=3.10).
- as habilitações académicas

As habilitações académicas dos enfermeiros variam entre 12 e 25 anos de escolaridade.

- 12 anos de escolaridade correspondem ao 9º ano (antigo 5º ano) mais o curso de enfermagem (3 anos)
- 14 anos de escolaridade correspondem ao 11º ano (antigo 7º ano) mais o curso de enfermagem
- 15 anos de escolaridade correspondem ao 12º ano mais curso de enfermagem

- 16 anos de escolaridade correspondem à última situação referida mais com o bacharelato em Enfermagem (4 anos)⁷.
- 17 anos de escolaridade correspondem ao 12º ano, Curso de Enfermagem (3 anos) e Curso de Estudos Superiores em Enfermagem (2 anos) que equivale a ter uma especialidade numa das áreas de enfermagem.
- 21 anos de escolaridade que corresponde ao grau de mestre
- 25 anos de escolaridade que corresponde ao grau de doutor.

Apresenta-se no Quadro 9 a distribuição dos participantes da amostra por anos de escolaridade.

QUADRO 9

Distribuição dos enfermeiros por anos de escolaridade

ANOS DE ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
12	24	3.6%
14	18	2.7%
15	370	55%
16	7	1%
17	161	24%
21	90	13.4%
25	2	0.3%

Considerou-se ainda:

- a área em que o enfermeiro exerce funções

Identificámos 5 áreas diferentes onde os enfermeiros da amostra exercem funções:

área 1- prestação directa de cuidados, área 2- gestão dos cuidados, área 3- formação, área 4- prestação e gestão de cuidados (situação em que frequentemente se encontram os enfermeiros especialistas) e área 5- docência.

⁷ O primeiro curso de bacharel em Enfermagem no nosso país terminou no ano 2000, ano em que iniciámos a recolha da amostra, daí que tenhamos encontrado apenas 7 enfermeiros com este número de anos de escolaridade.

A maioria dos enfermeiros exerce funções na área da prestação directa de cuidados (62,6%) e apenas um número muito pequeno (1,3%) de enfermeiros exerce funções na área da formação, uma vez que estes são os responsáveis pelo Departamento de Formação e Investigação em Enfermagem nas suas instituições.

Apresenta-se no Quadro 10 a distribuição dos participantes por esta variável.

QUADRO 10
Distribuição dos enfermeiros por área onde exercem funções

ÁREA ONDE EXERCEM FUNÇÕES	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Prestação	421	62.6%
Gestão	37	5.6%
Formação	9	1.3%
Prestação / Gestão	23	3.4%
Docência	182	27.1%

- o local de trabalho

Identificámos 4 locais diferentes onde os enfermeiros trabalham: local 1- hospital, local 2- centro de saúde- local 3- Escola Superior de Enfermagem, local 4- outro como por exemplo lar, centro de recuperação para toxicodependentes.

A maioria dos enfermeiros (65,9%) exerce funções no hospital.

Apresenta-se no Quadro 11 a distribuição dos enfermeiros por esta variável.

QUADRO 11
Distribuição dos enfermeiros por local de trabalho

LOCAL DE TRABALHO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Hospital	443	65.9%
Centro de Saúde	38	5.7%
Escola Superior de Enfermagem	208	27.8%
Outro	4	0.6%

- o serviço onde trabalha

Os enfermeiros trabalham nos serviços relacionados com a área da emergência, área da mulher e da criança, área cirúrgica, área médica, área da saúde mental, consultas, cuidados de saúde primários, área da formação, ortopedia, área da supervisão / direcção e área da docência, sendo que a maioria (27,1%) trabalha na docência e em menor número (0,3%) na área da supervisão / direcção que corresponde a enfermeiros supervisores / directores dos serviços de enfermagem.

Apresenta-se no Quadro 12 a distribuição dos participantes por serviços.

QUADRO 12
Distribuição dos enfermeiros por serviço

SERVIÇO / ÁREA	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Emergência	67	10.0%
Mulher e criança	114	17.0%
Cirúrgica	94	14.0%
Médica	95	14.0%
Saúde mental	33	5.0%
Consultas	14	2.1%
Cuidados de saúde primários	32	4.8%
Formação	3	0.4%
Ortopedia	36	5.4%
Supervisão / Direcção	2	0.3%
Docência	182	27.0%

- o tempo de trabalho no serviço

O tempo de trabalho dos enfermeiros nos serviços acima referidos varia entre 1 ano e 36 anos, sendo o tempo médio de 7,6 anos (D.P. =7.39).

- outras experiências profissionais

Dos 672 enfermeiros inquiridos, alguns, para além dos serviço onde exercem actualmente funções, têm experiências profissionais anteriores noutros serviços / áreas. No Quadro 13 apresentamos a frequência e respectiva percentagem dos enfermeiros da amostra que têm uma, duas, três e quatro experiências anteriores noutros serviços / áreas.

QUADRO 13

Distribuição dos enfermeiros por experiências anteriores noutros serviços / áreas

EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS ANTERIORES	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
1	549	81.7%
2	301	44.8%
3	161	24%
4	76	11.3%

Verificamos que a maioria dos sujeitos da amostra (81,7%) têm pelo menos uma experiência anterior noutra área/serviço diferente da que se encontram actualmente. Este facto está relacionado com a idade mínima dos enfermeiros (21 anos de idade), com a média de idades dos enfermeiros (37 anos) e com o tempo médio no serviço actual (7,6 anos).

- tempo de serviço em cada uma das outras experiências profissionais

O tempo de serviço em outra experiência profissional noutro serviço/área foi organizado em tempo 1, tempo 2, tempo 3 e tempo 4, de acordo com as experiências nesses serviços/áreas.

No Quadro 14 apresentamos os valores da estatística descritiva (número de sujeitos, média, mínimo, máximo e desvio padrão) para os tempos de serviço, relativos a essas outras experiências profissionais.

QUADRO 14
Distribuição dos tempos em outras experiências profissionais

	TEMPO 1	TEMPO 2	TEMPO 3	TEMPO 4
Número de sujeitos	547	299	160	75
Média	4.5	3.6	3.1	3.4
Mínimo	1	1	1	1
Máximo	27	15	16	22
Desvio padrão	3.91	2.84	2.80	3.25

Estes dados são consistentes com o referido sobre a distribuição dos enfermeiros por outras experiências profissionais.

5.1.2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Começamos pelo estudo das correlações nos pares de itens, negativo e positivo, da Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas. Depois procedemos ao estudo da estatística descritiva, analisando os pares de itens integrados nas áreas que a Escala AKPI contempla.

Segue-se o estudo das variáveis independentes e as atitudes dos enfermeiros patentes nos resultados da Escala AKPI e finalmente caracterizaremos os enfermeiros que têm atitudes mais positivas (resultados que se situam no percentil 25 ou abaixo dele) e enfermeiros que têm atitudes negativas (resultados que se situam no percentil 75 ou acima dele).

- Correlação entre os itens do par

Calculou-se para cada par de itens (item negativo/item positivo) a respectiva correlação. Para obter uma medida da relação entre cada item com o seu par, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Os valores das correlações foram globalmente muito variados, oscilando entre .13 até .54. Os pares de itens com valores de correlação baixos são em maior número que os pares de itens com valores de correlação mais altos, os quais são:

Par13 - ($r = .34$) - item negativo- a maioria das pessoas idosas instala-se nos seus hábitos e são incapazes de mudar.

Par 16 - ($r = .34$) - item negativo- a maioria das pessoas idosas tende a deixar as suas casa, tornarem-se desleixadas e pouco atrativas.

Par 7 - ($r = .36$) - item negativo- a maioria das pessoas idosas são bastante parecidas umas com as outra com excepção de alguns casos.

Par 15 - ($r = .36$) - item negativo- a maioria das pessoas idosas gasta bastante tempo a intrometerem-se nos assuntos dos outros, dando conselhos se serem solicitados.

Par 12 - ($r = .43$) - item negativo- a maioria das pessoas idosas queixam-se constantemente do comportamento das gerações mais novas.

Par 17 - ($r = .54$) - item negativo- a maioria das pessoas idosas têm demasiado poder na área dos negócios e da política.

A correlação observada entre as duas escalas, positiva e negativa, é aceitável ($r = .47$ significativa a $p = .0000$) o que revela uma relativa associação entre elas - anexo 10.

Os valores das correlações entre os itens de cada par da amostra do estudo da escala ($n=209$) são ligeiramente superiores aos dos valores do estudo dos enfermeiros ($n=672$). No entanto, naquele estudo, encontram-se dois pares cujos valores das correlações entre os seus itens foi não significativo (par 11 e par 14).

O valor da correlação entre as duas escalas na amostra do estudo da escala ($r = .57$) foi ligeiramente superior ao valor da correlação na amostra do estudo dos enfermeiros ($r = .47$).

Apresentamos no Quadro 15, os coeficientes de correlação entre cada par de itens da Escala AKPI.

QUADRO 15
Coeficientes de correlação entre cada par de itens da Escala AKPI

PAR	ITENS ⁸	VALOR DO COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN
Par 1	34 / 1	.31
Par 2	18 / 2	.23
Par 3	3 / 19	.21
Par 4	4 / 20	.26
Par 5	21 / 5	.28
Par 6	22 / 6	.43
Par 7	7 / 23	.36
Par 8	8 / 24	.19
Par 9	9 / 25	.13
Par 10	26 / 10	.20
Par 11	28 / 11	.25
Par 12	12 / 27	.41
Par 13	29 / 13	.34
Par 14	30 / 14	.15
Par 15	15 / 31	.36
Par 16	32 / 16	.34
Par 17	17 / 33	.54

- Estatística descritiva para os pares de itens

Apresentamos no Quadro 16, os resultados obtidos pelos enfermeiros na Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas nos pares de itens, negativo e positivo, e no total da Escala de itens negativo e da Escala de itens positivo.

⁸ Estes valores correspondem ao número das questões formuladas na Escala AKPI.

QUADRO 16

Estatística descritiva para os itens da escala (n= 672)

PAR	Nº ITEM	X	S.D.	MODA	FREQUÊNCIA	MED	PERCENTIL 25	PERCENTIL 75
1	N 34	1.91	1.36	1	359	1	1	2
	P 1	2.57	1.46	2	237	2	2	3
2	N 18	3.22	1.68	2	173	3	2	5
	P 2	1.85	.98	2	287	2	1	2
3	N 3	2.90	1.78	1	200	1	1	5
	P 19	2.13	1.28	1	258	2	1	3
4	N 4	3.42	1.91	2	150	3	2	5
	P 20	2.34	1.26	2	256	2	1	3
5	N 21	2.71	1.78	1	216	2	1	3
	P 5	2.18	1.33	2	239	2	1	3
6	N 22	3.19	1.61	2	214	3	2	5
	P 6	3.31	1.39	3	278	3	2	5
7	N 7	2.70	1.81	1	229	2	1	4
	P 23	2.80	1.69	2	195	2	2	3
8	N 8	2.20	1.56	1	308	2	1	3
	P 24	3.46	1.51	3	255	3	2	5
9	N 9	2.64	1.58	2	192	2	1	3
	P 25	1.95	1.05	1	269	2	1	3
10	N 26	1.72	1.12	1	380	1	1	2
	P 10	3.66	1.50	3	247	3	3	5
11	N 28	3.44	1.68	6	248	3	2	5
	P 11	2.83	1.64	2	216	2	2	3
12	N 12	4.86	1.47	5	241	5	3.5	6
	P 27	5.35	1.25	6	248	6	5	6
13	N 29	3.90	1.65	5	200	3	3	5
	P 13	3.74	1.60	3	244	3	3	5
14	N 30	3.57	1.66	3	206	3	2	5
	P 14	5.22	1.80	7	206	6	5	7
15	N 15	2.97	1.61	2	192	3	2	5
	P 31	3.87	1.49	3	227	3	3	5
16	N 32	2.51	1.35	2	235	2	2	3
	P 16	3.43	1.53	3	233	3	2	5
17	N 17	2.58	1.51	2	210	2	1	3
	P 33	3.48	1.78	2	169	3	2	5

	\bar{x}	S.D.	P ₂₅	P ₇₅
TOTAL NA ESCALA NEGATIVA 50.51	2.94	13.26	41	59

	\bar{x}	S.D.	P ₂₅	P ₇₅
TOTAL NA ESCALA POSITIVA 54.25	3.19	10.07	47	61

MÍNIMO	1
MÁXIMO	7

Verifica-se que o ponto médio da escala de itens negativos é mais baixo (2.94) que o ponto médio obtido pela amostra do estudo do instrumento (3.25) nessa mesma escala, o que poderá significar que em média, as atitudes dos enfermeiros para com as idosas são ligeiramente mais favoráveis que as do resto da população.

Comentaremos, de seguida, os resultados obtidos nos pares de itens, agrupados em cada uma das sete áreas que a Escala AKPI contempla.

Área 1- Segregação através do espaço habitacional

Par 1 - os valores no item negativo mostram-nos que 75% dos enfermeiros discorda completamente ou em grande parte que para manter uma zona residencial agradável é preferível que ela não seja habitada por muitas pessoas idosas, revelando uma atitude positiva ($P_{75}=2$) e 25% tem uma atitude muito positiva, discordam completamente ($P_{25}=1$). Em média ($\bar{x}=1.91$) os enfermeiros revelam uma atitude positiva enquanto que a resposta mais frequente corresponde a uma atitude muito positiva face a esta questão (moda=1 em 359 enfermeiros).

Os valores atingidos no item positivo vão no mesmo sentido que os do item negativo, sendo de realçar a tendência para a posição da média dos enfermeiros ser mais neutra ($\bar{x}=2.57$) enquanto que a resposta mais frequente corresponde a uma atitude positiva (moda=2 para 237 enfermeiros).

Os valores baixos em ambos os percentis, nos dois itens deste par, leva-nos a dizer que, na generalidade, os enfermeiros têm uma atitude favorável quanto ao facto de a zona residencial ser agradável quando habitada por uma população de grupos etários variados.

Par 5 - os valores atingidos no item mostram-nos que 75% dos sujeitos discorda: completamente, em grande parte e parcialmente que seria melhor se a maioria das pessoas idosas vivesse nos mesmos prédios que outras pessoas da sua idade, revelando uma atitude neutra ou favorável ($P_{75}=3$). Apenas 25% tem uma atitude muito positiva: discordam completamente da questão enunciada ($P_{25}=1$). Em média ($\bar{x}=2.71$) tem uma atitude aproximadamente neutra enquanto que a resposta mais frequente (em 216 enfermeiros) corresponde a uma atitude positiva (moda=1).

Quanto ao item positivo do referido par, verifica-se que os resultados vão no mesmo sentido sendo de realçar a tendência para a posição em média ser positiva e a resposta mais respondida corresponder a uma atitude positiva ($\bar{x}=2.18$ e $\text{moda}=2$ para 239 enfermeiros).

Também para esta questão, os enfermeiros apresentaram valores baixos em ambos os percentis, pelo que podemos dizer que, na generalidade, manifestam uma atitude bastante favorável em termos da ocupação do espaço habitacional por uma população de idade cronológica variada.

Par 16 - os valores alcançados no item negativo mostram-nos que 75% dos sujeitos discordam: completamente, em grande parte e parcialmente que a maioria das pessoas idosas tende a deixar as suas casas, tornarem-se desleixadas e pouco atractivas, revelando uma atitude neutra ou tendencialmente positiva ($P_{75}=3$) e apenas 25% têm uma atitude positiva-discorda completamente ou em grande parte ($P_{25}=2$). Em média ($\bar{x} = 2.51$) assim como a resposta mais frequente corresponde a uma atitude positiva ($\text{moda}=1$ para 235 sujeitos). Os valores atingidos no item positivo mostram-nos que 75% dos sujeitos discordam completamente, em grande parte ou parcialmente que a maioria das pessoas idosas tenha uma casa limpa e atractiva revelando uma atitude estereotipada ($P_{75}=5$) e apenas 25% tem uma atitude positiva, posicionando-se entre concordo completamente até concordo em grande parte ($P_{25}=2$). Em média a atitude é neutra ou tendencialmente negativa ($\bar{x} = 3.43$) enquanto que a resposta mais frequente corresponde a uma atitude neutra ($\text{moda}=3$ para 233 participantes).

Enquanto no item negativo a generalidade dos enfermeiros (75%) posiciona-se entre uma atitude positiva a neutra, quanto ao facto de as pessoas idosas deixarem as suas casas, tornarem-se desleixadas e pouco atractivas, no item positivo, igual percentagem de enfermeiros posiciona-se entre uma atitude positiva e uma atitude estereotipada, relativamente a esta questão, embora em média assim como a resposta mais frequente corresponda a atitude neutra ou tendencialmente positiva.

Este par 16 apresenta valores mais baixos no percentil 25 e 75, no item negativo, do que no item positivo, o que é consistente com o referido pelo autor da escala (Kogan, 1961) ou seja, quando a formulação é feita na negativa, as respostas tendem a ir no sentido da desejabilidade social.

Em termos de ocupação do espaço habitacional e da zona residencial, os enfermeiros ao atingiram valores baixos no P_{25} e P_{75} e dos mesmos irem no mesmo sentido, revelam que apresentam na generalidade uma atitude favorável quanto ao facto de os idosos se manterem nas suas próprias casas, serem capazes de auto-cuidado, viverem juntamente nos mesmos prédios que pessoas de outras idades, o que faz com que seja a existência de uma população etariamente heterogênea que torna a zona residencial agradável.

Para esta área os enfermeiros têm atitudes semelhantes aos sujeitos da amostra de referência do estudo do instrumento (Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas).

Área 2- Sentimentos provocados pela convivência com idosos

Par 8 - os valores no item negativo, mostram-nos que 75% dos enfermeiros discorda: completamente, em grande parte ou parcialmente que a maioria das pessoas idosas provoca mal-estar aos outros, revelando uma atitude neutra ou tendencialmente favorável ($P_{75}=3$) e apenas 25% revela uma atitude neutra ($P_{25}=1$). Em média, a atitude é favorável ($\bar{x}=2.20$). A resposta mais frequente corresponde a uma atitude muito favorável (moda=1 em 308 enfermeiros) para a mesma questão.

Os valores atingidos no item positivo mostram-nos que 75% dos enfermeiros expressa uma atitude estereotipada ($P_{75}=5$) e apenas 25% revela uma atitude positiva ($P_{25}=2$). Em média, assim como a resposta mais frequente dos enfermeiros corresponde a uma atitude neutra ($\bar{x}=3.46$ com moda=3 em 225 enfermeiros).

Neste par de itens ao verificarem-se valores mais baixos no percentil 75 e percentil 25 no item negativo do que no item positivo, observa-se mais uma vez o referido por Kogan a propósito do par 16, sobre a tendência das respostas do item negativo serem mais favoráveis devido à desejabilidade social.

Par 11 - os dados no item negativo mostram-nos que 75% dos enfermeiros se posicionam desde o discordo completamente a concordo parcialmente que existe uma característica particular nas pessoas idosas: é difícil perceber o que as incentiva, revelando uma atitude algo estereotipada ($P_{75}=5$) e 25% revela atitude favorável ($P_{25}=2$). Em média, os enfermeiros têm uma atitude neutra ($\bar{x}=3.44$) enquanto que a resposta mais frequente corresponde a uma atitude bastante estereotipada (moda=6 em 248 sujeitos). Os valores atingidos no item positivo mostram-nos que 75% dos enfermeiros revela uma atitude neutra ou mais favorável ($P_{75}=3$)⁹. Em média, os enfermeiros apresentam uma atitude próximo da neutra ($\bar{x}=2.83$) enquanto que a resposta mais frequente corresponde a uma atitude positiva (moda=2 em 216 enfermeiros).

Os valores alcançados pelos enfermeiros nos dois pares de itens que avaliam o sentimento de desconforto na convivência com os idosos, mostram que a presença dos idosos não incomoda propriamente os enfermeiros, revelando, na generalidade, uma atitude favorável. Alguma da inconsistência das respostas verificada nos dois pares de itens que avaliam os sentimentos provocados pela convivência com os idosos poderá associar-se não só à própria formulação dos itens (fraseado na negativa no item positivo) e orientação da resposta para a desejabilidade social, como também à ambivalência emocional que as relações com pessoas envelhecidas poderão provocar. Aliás os sujeitos da amostra do estudo do instrumento posicionaram-se de uma forma idêntica, o que poderá associar-se à imagem

⁹ Note-se que para tornar as escalas comparáveis (a negativa com a positiva) aos itens positivos, subtrai-se o seu valor 8.

estereotipada de idoso resignado pelo papel que a sociedade industrializada lhe atribui. Os enfermeiros, como fazendo parte do tecido social, assimilam as imagens negativas do idoso veiculadas pela sociedade (Berger, 1995), levando-os ao pouco investimento na descoberta das potencialidade de cada idoso, que acumularam experiências e sabedoria nos anos que viveu.

As pessoas envelhecidas não são miseráveis nem sublimes, qualquer fase da vida tem problemas, prazer, medos e potencialidades (Butler, 1990). O envelhecimento é um processo altamente diferenciado e às circunstâncias da vida de cada idoso, juntam-se aspectos físicos, sociais, psicológicos, familiares e económicos, de forma que cada idoso é um ser diferente de todos os outros com características particulares.

Área 3- Relações Interpessoais entre gerações

Par 9 - os valores no item negativo mostram-nos que 75% dos enfermeiros discorda completamente, em grande parte ou parcialmente que a maioria das pessoas idosas aborrece os outros quando falam dos seus bons velhos tempos, revelando atitude neutra ou tendencialmente favorável ($P_{75}=3$). 25% discorda completamente revelando uma atitude muito positiva ($P_{25}=1$). Em média e a resposta mais frequente corresponde a uma atitude favorável ($\bar{x}=2.64$ e moda=2 em 192 enfermeiros).

No item positivo do referido par, verifica-se que os resultados vão no mesmo sentido, sendo de realçar uma atitude mais favorável em média assim como a resposta mais frequente ($\bar{x}=1.95$ e moda=1 em 269 enfermeiros). De uma forma geral, os enfermeiros têm uma atitude bastante mais favorável revelando disponibilidade para ouvir os idosos falarem das suas experiências passadas.

Par 12 - os valores no item negativo mostram-nos que 75% dos enfermeiros discorda completamente, em grande parte, parcialmente e concorda parcialmente e em grande parte que a maioria das pessoas idosas se queixam constantemente das gerações mais novas, revelando uma atitude bastante estereotipada ($P_{75}=6$). 25% desses sujeitos discorda completamente, em grande parte e parcialmente, revelando atitude tendencialmente neutra ($P_{25}=3.5$). Em média assim como a resposta mais frequente dos enfermeiros corresponde a uma atitude estereotipada ($\bar{x}=4.86$ e moda=5 em 241 enfermeiros).

Os valores no item positivo revelam que 75% dos sujeitos tem uma atitude bastante estereotipada ($P_{75}=6$) e 25% dos enfermeiros tem uma atitude algo estereotipada ($P_{25}=5$). Em média, os sujeitos responderam com uma atitude estereotipada ($\bar{x}=5.35$) enquanto que a resposta mais frequente corresponde a uma atitude bastante estereotipada (moda=6 em 248 enfermeiros).

Os dados obtidos neste par, para o item negativo e positivo revelam que, na generalidade, os enfermeiros têm uma atitude bastante estereotipada quanto ao facto de considerarem que os idosos criticam o comportamento dos mais novos traduzindo assim o potencial conflito entre gerações. Valores similares foram obtidos pela amostra dos sujeitos do estudo do instrumento.

Par15 - os valores no item negativo mostram-nos que 75% dos enfermeiros se posicionam entre discordo completamente até concordo parcialmente que a maioria das pessoas idosas gasta bastante tempo a intrometer-se nos assuntos dos outros, dando conselhos sem serem solicitados, revelando atitude algo estereotipada ($P_{75}=5$) e 25% posiciona-se entre discordo completamente e em grande parte, revelando atitude positiva ($P_{25}=2$). Em média os enfermeiros têm atitude neutra ($\bar{x}=2.97$) enquanto que a resposta mais frequente corresponde a uma atitude positiva (moda=2 em 192 enfermeiros). Os valores no item positivo vão no

mesmo sentido que os do item negativo, muito embora, em média a atitude seja tendencialmente menos favorável ($\bar{x}=3.87$) e a resposta mais frequente corresponda a uma atitude neutra (moda=3 em 227 enfermeiros).

Os dados obtidos para este par revelam que a atitude dos enfermeiros é pouco favorável, mas ligeiramente superior à atitude revelada no par anterior.

No que diz respeito ao conjunto dos 3 pares de itens que avaliam a área do conflito intergeracional verifica-se que os resultados são idênticos aos obtidos pela amostra no estudo do instrumento sendo as atitudes dos enfermeiros semelhantes às da população em geral, ou seja, posicionam-se favoravelmente, mostrando disponibilidade para ouvir as histórias do passado dos idosos mas manifestando-se mais desfavoravelmente quando se confrontam com uma atitude espontânea de afirmação da opinião por parte dos idosos, a quem julgam como críticos, rejeitando o posicionamento destes, combativo e eventualmente autónomo. Tal como no conjunto de pares de itens que avaliam os sentimentos provocados pela convivência com os idosos, volta a verificar-se ambivalência emocional e um eventual pólo do conflito.

Área 4- Homogeneidade dos idosos enquanto grupo

Par 3 - os valores no item negativo mostram-nos que 75% dos enfermeiros se posiciona entre o discordo completamente, em grande parte, parcialmente e o concordo parcialmente que para as pessoas idosas quererem que gostem delas o primeiro passo a dar é tentarem libertar-se dos seus defeitos irritantes, revelando uma atitude estereotipada ($P_{75}=5$). Apenas 25% dos enfermeiros discorda completamente, revelando atitude muito positiva ($P_{25}=1$). Em média os enfermeiros têm uma atitude neutra ($\bar{x}=2.90$), enquanto que a resposta mais frequente corresponde a uma atitude muito positiva (moda=1 em 200 enfermeiros).

Os valores no item positivo mostram que 75% revela atitude neutra ou mais favorável ($P_{75}=3$) e 25% revelam uma atitude muito positiva ($P_{25}=1$).

Os valores obtidos no item negativo, embora na generalidade revelem uma atitude estereotipada, quando se analisa a média assim como a resposta mais frequente dos enfermeiros, a atitude tende a ser mais favorável. Por outro lado, os valores no item positivo, mostram que, de uma forma geral, a atitude é francamente favorável.

Par 7 - os valores no item negativo mostram-nos que 75% dos enfermeiros discorda completamente, em grande parte e parcialmente que a maioria das pessoas idosas são bastante parecidas umas com as outras com excepção de alguns casos, revelando uma atitude neutra ou tendencialmente mais favorável ($P_{75}=3$) enquanto que 25% discorda completamente revelando uma atitude muito positiva ($P_{25}=1$). Em média a atitude dos enfermeiros é próxima do ponto neutro ($\bar{x}=2.70$) enquanto que a resposta mais frequente corresponde a uma atitude muito positiva (moda=1 em 329 sujeitos).

Quanto ao item positivo do referido par, verifica-se que os resultados vão no mesmo sentido, sendo de realçar que a resposta mais frequente corresponde a uma posição positiva (moda=2 em 195 sujeitos).

Os valores atingidos nos 2 pares de itens que avaliam a homogeneidade dos idosos enquanto grupo revelam, de uma forma geral, uma atitude favorável evidenciando que os enfermeiros consideram que os idosos são uma população relativamente heterogénea tal como os outros grupos etários. Mais ainda, observa-se que os técnicos de saúde estudados se colocam, face a esta posição, de uma forma diferente dos sujeitos da amostra do estudo do instrumento que revelaram, na generalidade, uma atitude estereotipada com valores elevados no percentil 75 para o item negativo e positivo, considerando assim os idosos como um grupo homogéneo, de certo modo negando a especificidade e a originalidade de cada sujeito. Os enfermeiros ao percepcionarem os idosos como diferentes uns dos outros terão a possibilidade de ir ao encontro das necessidades individuais podendo ser sensíveis ao que cada um necessita em particular.

Área 5- Dependência

Par 2 - os valores no item negativo mostram-nos que 75% dos sujeitos se posiciona entre o discordo completamente a concordo parcialmente quanto ao facto de a maioria das pessoas idosas preferir deixar de trabalhar logo que o montante da reforma é suficiente para aguentar as despesas que têm, revelando uma atitude estereotipada ($P_{75}=5$). 25% discorda completamente e em grande parte revelando uma atitude positiva ($P_{25}=2$). Em média a atitude é neutra ($\bar{x}=3.22$) enquanto que a resposta mais frequente dos enfermeiros revela atitude positiva (moda=2 em 173 enfermeiros).

Os valores no item positivo mostram que 75% tem uma atitude positiva ($P_{75}=2$) enquanto que 25% tem uma atitude muito positiva ($P_{25}=1$) perante o facto de que muitos idosos preferirem continuar a trabalhar enquanto podem em vez de dependerem de outras pessoas. Em média, assim como a resposta mais frequente corresponde a uma atitude positiva ($\bar{x}=1.85$ e moda=2 em 287 enfermeiros).

Os enfermeiros revelam uma atitude tendencialmente neutra quanto à questão: a maioria das pessoas idosas prefere deixar de trabalhar logo que o montante da reforma seja suficiente para suportar as despesas que têm.

Nesta situação os enfermeiros foram no sentido contrário ao preconizado pelo autor da escala (Kogan, 1961) ao apresentarem valores no item negativo mais elevados que os do positivo. Resultados semelhantes foram obtidos pelos sujeitos da amostra do estudo do instrumento.

Par 14 - os valores no item negativo mostram que 75% dos enfermeiros se posiciona entre o discorda completamente a concordo parcialmente que a maioria das pessoas idosas exige excessivamente que sejam amadas e encorajadas, revelando, uma atitude estereotipada ($P_{75}=5$), enquanto que apenas 25% discorda completamente ou em grande parte, revelando

atitude positiva ($P_{25}=2$). Em média, a posição é tendencialmente neutra ($\bar{x}=3.57$) assim como a resposta mais frequente corresponde a uma atitude neutra (moda=3 em 206 enfermeiros).

Os valores no item positivo revelam que 75% têm uma atitude muito estereotipada ($P_{75}=7$) enquanto 25% tem uma atitude algo estereotipada ($P_{25}=5$). Em média, os enfermeiros respondem com atitude algo estereotipada ($\bar{x}=5.22$) enquanto que a resposta mais frequente corresponde a uma atitude muito estereotipada (moda=7 em 206 enfermeiros).

No par 14 os valores mais baixos no item negativo vão no sentido do que refere o autor da escala Kogan, ou seja, quando a formulação é feita na negativa as respostas tendem a ser mais orientadas no sentido da desejabilidade social. Mesmo assim, as atitudes dos enfermeiros neste par de itens, são algo estereotipadas. Os valores obtidos pelos sujeitos da amostra do estudo do instrumento para este par são semelhantes aos obtidos pelos enfermeiros.

No que diz respeito aos pares de itens que avaliam a dependência dos idosos verifica-se pois, que os enfermeiros os percebem como emocional e afectivamente dependentes, desejando suspender a actividade profissional logo que possível.

Esta dependência afectiva pode desencadear a linguagem infantilizada do enfermeiro quando se dirige ao idoso, tratando-o como uma criança que por sua vez reforça o processo de dependência, uma vez que os idosos são vulneráveis aos comportamentos que os outros têm para com eles (Berger, 1985). O enfermeiro acredita que o comportamento apresentado pelo idoso é como que um consentimento para fazer inferências consistentes com o estereótipo negativo sobre a idade (Leyens, 1994) que por sua vez produz correspondentes atitudes negativas que contribuem para manter estes estereótipos (Hummert, Schaner e Gartska, 1997).

Área 6- Capacidades cognitivas

Par 4 - os valores no item negativo mostram-nos que 75% dos enfermeiros se posicionam entre o discordo completamente a concordo parcialmente que é disparatado pensar que a sabedoria vem com a idade revelando uma atitude algo estereotipada ($P_{75}=5$) e 25% discordam completamente e em grande parte, revelando uma atitude favorável ($P_{25}=2$). Em média, os enfermeiros referem uma atitude tendencialmente neutra ($\bar{x}=3.42$) enquanto que a resposta mais frequente corresponde a uma atitude positiva (moda=2 em 150 enfermeiros).

Os valores no item positivo revelam que 75% tem uma atitude neutra ($P_{75}=3$) enquanto que 25% tem atitude muito positiva ($P_{25}=1$). A média, assim como a resposta mais frequente traduz uma atitude positiva ($\bar{x}=2.34$, moda=2 em 275 enfermeiros).

Par 13 - os valores no item negativo mostram-nos que 75% dos sujeitos se posicionam entre o discordo completamente a concordo parcialmente que a maioria das pessoas idosas se instalam nos seus velhos hábitos e são incapazes de mudar, revelando atitude algo estereotipada ($P_{75}=5$) e apenas 25% discorda completamente e em grande parte ou parcialmente, revelando uma atitude neutra ($P_{25}=3$). Em média, os enfermeiros revelam uma atitude neutra ou tendencialmente negativa ($\bar{x}=3.90$) e a resposta mais frequente corresponde a uma atitude algo estereotipada (moda=5 em 200 enfermeiros).

Os valores no item positivo vão no mesmo sentido que os do item negativo embora a resposta mais frequente dos enfermeiros corresponda a uma atitude neutra (moda=3 em 244 enfermeiros).

Nas respostas a estes pares de itens, que solicitam um posicionamento face às capacidades cognitivas e adaptativas dos idosos, verifica-se que os enfermeiros na generalidade, manifestam uma atitude algo estereotipada, tendendo a salientar a rigidez ou

falta de flexibilidade e a estabilidade cognitiva. Esta posição contrasta com a preconizada pela perspectiva social cognitiva (Hummert, 1999) que aponta a possibilidade de desenvolvimento, mesmo ao longo da velhice, associado com experiências vividas. Por outro lado, Minois (1987) defende que o conhecimento e a sabedoria são características inerentes à pessoa envelhecida pela sua longevidade.

Os valores alcançados pelos enfermeiros são similares aos alcançados pelos sujeitos da amostra do estudo do instrumento, no entanto, estes técnicos de saúde revelam uma atitude ligeiramente menos estereotipada que os referidos sujeitos quanto ao facto de os idosos se instalarem nos seus hábitos e serem incapazes de mudar.

Área 7- Aparência pessoal e personalidade

Par 6 - os valores no item negativo mostram-nos que os enfermeiros discordam completamente, em grande parte, parcialmente e concordam parcialmente que a maioria das pessoas idosas deveria preocupar-se mais com a sua aparência pessoal, apresentando habitualmente um aspecto desleixado, revelando assim uma atitude algo estereotipada ($P_{75}=5$) enquanto que 25% discorda completamente e em grande parte revelando atitude positiva ($P_{25}=2$). Em média, os enfermeiros têm uma atitude neutra ($\bar{x}=3.19$) enquanto que a resposta mais frequente corresponde a uma atitude positiva (moda=2 em 214 enfermeiros).

Quanto ao item positivo do referido par, verifica-se que os resultados vão no mesmo sentido, realçando-se que a resposta mais frequente dos enfermeiros expressa uma atitude neutra (moda=3 em 278 enfermeiros).

Par 10 - os valores do item negativo mostram-nos que os enfermeiros discordam completamente e em grande parte que a maioria das pessoas idosas são irritantes, inconvenientes e desagradáveis, revelando uma atitude favorável ($P_{75}=2$) e 25% discorda completamente revelando uma atitude muito positiva ($P_{25}=1$). Enquanto que em média, os

enfermeiros respondem com atitude favorável ($\bar{x} = 1.72$), a resposta mais frequente corresponde a uma atitude muito favorável (moda=1 em 380 enfermeiros).

Os valores do item positivo mostram que os enfermeiros têm uma atitude algo estereotipada ($P_{75}=5$) enquanto que 25% tem atitude neutra ($P_{25}=3$). Em média os enfermeiros respondem com atitude tendencialmente neutra ($\bar{x} = 3.66$) enquanto que a resposta mais frequente dos enfermeiros corresponde também a uma atitude neutra (moda=3 em 247 enfermeiros).

Em ambos os pares de itens os enfermeiros obtiveram valores idênticos aos sujeitos da amostra do estudo do instrumento. Assim, manifestam uma atitude estereotipada quanto à aparência física. Este resultado coincide com o referido por Costa (2000) sobre a aparência do idoso, a qual é usada para avaliar a fase da velhice (pele enrugada, cabelo branco). Também Boland e Smidt (1986) encontraram no seu estudo 4 estereótipos positivos e 8 estereótipos negativos, um dos quais corresponde a idoso pedinte, que remete para o aspecto pessoal desleixado.

Por outro lado, o item 10, ao avaliar sobretudo o carácter da personalidade do idoso, mostra-nos que, na generalidade, os enfermeiros revelam uma atitude bastante favorável, discordando que as pessoas idosas são irritantes, inconvenientes e desagradáveis. Os valores apresentados, ao serem mais baixos no item negativo que no item positivo, vão no sentido do preconizado por Kogan (1961), ou seja, quando a formulação é feita na negativa, as respostas tendem a ir mais no sentido de desejabilidade social.

- Estudo das variáveis independentes e as atitudes dos enfermeiros para com pessoas idosas patente nos resultados da Escala AKPI

Calculou-se para cada variável independente, a respectiva correlação com a atitude para com o idoso¹⁰.

Para obter uma medida de relação entre a variável independente e as atitudes para com os idosos, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. As correlações são baixas. Existe uma correlação negativa entre a idade dos sujeitos e a escala positiva ($r = -.16$, $p < .0001$), o que significa que os enfermeiros mais velhos têm valores mais baixos, logo, atitudes mais positivas na escala positiva.

Existe uma correlação negativa entre habilitações académicas dos sujeitos e a escala negativa ($r = -.22$, $p < .0001$), o que significa que os enfermeiros com mais tempo de escolaridade têm valores mais baixos, logo atitudes mais positivas na escala positiva.

Existe uma correlação negativa entre o tempo na profissão dos sujeitos e a escala positiva ($r = -.15$; $p < .0001$) o que significa que os enfermeiros que têm mais anos de profissão têm valores mais baixos, logo atitudes mais positivas na escala positiva.

Existe uma correlação positiva entre o tempo na categoria dos sujeitos e a escala negativa ($r = .16$, $p < .0001$), o que significa que os enfermeiros com mais anos na categoria têm valores mais altos, logo atitudes menos positivas na escala negativa.

Não se encontraram resultados significativamente diferentes entre a variável independente sexo e as atitudes dos enfermeiros para com os idosos (Teste Mann - Whitney U).

¹⁰ As atitudes serão avaliadas através de uma Escala de Atitudes de Kogan para Pessoas Idosas expressas nos resultados obtidos numa escala negativa e numa escala positiva, do referido questionário. Recorde-se que estes resultados são comparáveis com os da escala negativa porque as pontuações atribuídas pelos participantes foram subtraídas de 8, de acordo com a sugestão de Kogan (1961).

Não se encontraram resultados significativamente diferentes entre as variáveis independentes estado civil e o serviço onde os enfermeiros trabalham e as suas atitudes para com os idosos (Teste Kruskal - Wallis).

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis independentes habilitações académicas, categoria profissional, grupo etário, área em que exercem funções e o local de trabalho dos enfermeiros e as suas atitudes para com os idosos, com o estudo de Qui - quadrado, o que revela que os grupos segundo estas variáveis independentes, não são homogéneos.

Vejamos em separado cada uma destas variáveis independentes.

- Habilitações académicas dos enfermeiros

Os enfermeiros distinguem-se pelas habilitações académicas, obtendo na escala negativa: Qui - quadrado =60.1319, df=6 e p= .0001 e na escala positiva: Qui - quadrado =21.695; df=6 e p= .0014.

Vejamos os Quadros seguintes (17 e 18) que mostram o estudo do Qui - quadrado para as variáveis: habilitações académicas e a escala negativa e a escala positiva de atitudes para com os idosos.

QUADRO 17

Estudo do Qui - quadrado para as habilitações académicas dos enfermeiros e o total da escala negativa de atitudes para com idosos

GRUPOS	<50	>50	Qui ²	p
GRUPO 1 CURSO GERAL (9º ANO)	2 (8,3%)	22 (91,7%)	60.1319	.0001
GRUPO 2 CURSO GERAL (11º ANO)	5 (27,8%)	13 (72,2%)		
GRUPO 3 BACHAREL	158 (42,7%)	212 (57,3%)		
GRUPO 4 LICENCIATURA	5 (71,4%)	2 (28,6%)		
GRUPO 5 CURSO DE ESTUDOS SUPERIORES ESPECIALIZADOS	102 (63,3%)	59 (36,7%)		
GRUPO 6 MESTRADO / DOUTORAMENTO	67 (72,8%)	25 (27,2%)		

Nota: média do total da escala negativa = 50

< 50 - valor de atitudes mais positivas

> 50 - valor de atitudes mais negativas

Nos grupos 1, 2 e 3 os enfermeiros são em maior número os que apresentam valores de atitudes acima da média, revelando que nestes 3 grupos existem mais enfermeiros com atitudes negativas do que enfermeiros com atitudes positivas na escala negativa, sendo a discrepância mais acentuada no grupo 1 (91,7% enfermeiros com atitudes negativas e 8,3% enfermeiros com atitudes positivas).

Contrariamente, os grupos 4, 5 e 6 têm enfermeiros com valores de atitudes abaixo da média, o que significa que nestes grupos existem mais enfermeiros com atitudes positivas do que enfermeiros com atitudes negativas.

QUADRO 18

Estudo do Qui - quadrado para as habilitações académicas dos enfermeiros e o total da escala positiva de atitudes para com idosos

GRUPOS	<55	>55	Qui ²	p
GRUPO 1 CURSO GERAL (9º ANO)	9 (37,5%)	15 (62,5%)	21.695	.0014
GRUPO 2 CURSO GERAL (11º ANO)	9 (50%)	9 (50%)		
GRUPO 3 BACHAREL	176 (47,6%)	194 (52,4%)		
GRUPO 4 LICENCIATURA	3 (42,9%)	4 (57,1%)		
GRUPO 5 CURSO DE ESTUDOS SUPERIORES ESPECIALIZADOS	96 (59,6%)	65 (40,4%)		
GRUPO 6 MESTRADO / DOUTORAMENTO	65 (70,7%)	27 (29,3%)		

Nota: média do total da escala negativa = 55

< 55 - valor de atitudes mais positivas

> 55 - valor de atitudes mais negativas

Os enfermeiros no grupo 1 e 3 continuam a ser em maior número, os que têm valores de atitudes com valores superiores aos da média, significando que nestes grupos existe mais enfermeiros com atitudes negativas do que com atitudes positivas na escala positiva. O grupo 2, na escala positiva aumentou o número de enfermeiros com atitudes positivas (50%) em relação ao número de enfermeiros na escala negativa (42,7%).

O grupo 4 que na escala negativa apresentava mais enfermeiros com valores de atitudes inferiores à média, na escala positiva, tem menos enfermeiros nesta situação, ou seja, tem menos enfermeiros com atitudes positivas do que enfermeiros com atitudes negativas.

Por outro lado, os enfermeiros do grupo 5 e 6 continuam a ser em maior número os que apresentam valores de atitudes inferiores à média, revelando que existe nestes 2 grupos mais enfermeiros com atitudes positivas do que enfermeiros com atitudes negativas, embora o

número tenha diminuído ligeiramente (grupo 5= 59,6%; grupo 6= 70,7%) em relação ao da escala negativa (grupo 5= 63,3%; grupo 6= 72,8%).

Para explorar estatisticamente estas variações, recorreu-se ao estudo da estatística descritiva.

QUADRO 19
Estatística descritiva da escala negativa e positiva para as habilitações académicas dos enfermeiros

GRUPOS	ESCALAS	MEDIANA	P ₂₅	P ₇₅
GRUPO 1 n=24	NEGATIVA	66	63	74.5
	POSITIVA	58.5	52	63
GRUPO 2 n=18	NEGATIVA	58.5	50	72
	POSITIVA	55	45	61
GRUPO 3 n=370	NEGATIVA	53	43	60
	POSITIVA	56	50	63
GRUPO 4 n=7	NEGATIVA	43	39	78
	POSITIVA	58	53	68
GRUPO 5 n=161	NEGATIVA	47	38	54
	POSITIVA	52	45	60
GRUPO 6 n=92	NEGATIVA	44	37.5	51
	POSITIVA	48.5	41	57.5

Média na escala negativa = 50
Média na escala positiva = 55

- Os dados deste quadro permitem verificar que:
- grupo 1 - na escala negativa, 75% dos sujeitos apresenta valores de atitudes acima dos da média (P₇₅ = 74.5), assim como o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é superior à média da escala (Med= 66) e 25% dos mesmos (P₂₅ = 63), revelando atitudes na generalidade negativas. Os valores na escala positiva apontam no mesmo sentido excepto que 25% dos sujeitos têm atitudes mais positivas (P₂₅ = 52).
 - grupo 2 - na escala negativa, 75% dos sujeitos (P₇₅ = 72) assim como o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é superior à média da escala (Med=58.5), correspondendo a valores de atitudes acima dos da média, revelando atitudes negativas e apenas 25% (P₂₅ = 50) tem uma atitude neutra. Na escala positiva também 75% dos

sujeitos ($P_{75} = 61$) revela atitude negativa, enquanto que o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é igual à média da escala revelando atitude neutra ($Med = 55$) e apenas 25% ($P_{25} = 45$) revela atitude positiva.

- grupo 3 - na escala negativa 75% dos sujeitos ($P_{75} = 60$) assim como o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é ligeiramente superior à média da escala ($Med = 53$), correspondendo a valores de atitudes acima dos da média, revelando atitudes negativas e apenas 25% ($P_{25} = 43$) tem atitude positiva. Os valores na escala positiva apontam no mesmo sentido da escala negativa.
- grupo 4 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores de atitudes muito acima dos da média ($P_{75} = 78$), revelando atitudes negativas, enquanto que o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é inferior à média da escala ($Med = 43$) e 25% destes ($P_{25} = 39$) revela atitudes positivas. No entanto, os valores na escala positiva embora apontem no mesmo sentido dos da escala negativa, revela que o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é ligeiramente superior à média da escala ($Med = 58$) revelando atitudes negativas.
- grupo 5 - na escala negativa 75% dos sujeitos ($P_{75} = 54$) têm valores de atitudes ligeiramente acima da média, revelando atitudes negativas. No entanto, o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é ligeiramente inferior à média da escala ($Med = 47$) e 25% destes ($P_{25} = 38$) têm valores de atitudes abaixo dos da média, revelando atitudes positivas. Os valores na escala positiva vão no mesmo sentido que os da escala negativa.
- grupo 6 - na escala negativa, 75% dos sujeitos ($P_{75} = 51$) têm valores de atitudes semelhantes aos da média, revelando atitude neutra. Enquanto que o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é inferior à média da escala ($Med = 44$) e 25% ($P_{25} = 37.5$) destes têm valores de atitudes inferiores aos da média, revelando atitudes positivas. Os valores na escala positiva apontam no mesmo sentido que da escala negativa.

O grupo 1, 2 e 3 (que equivale a possuírem menos habilitações académicas) apresentam mais enfermeiros com atitudes negativas do que enfermeiros com atitudes positivas.

Na generalidade, os grupos 5 e 6 (que equivale a terem mais habilitações académicas) têm mais enfermeiros com atitudes positivas para com os idosos, em ambas as escalas, do que enfermeiros com atitudes negativas, sendo mais acentuado no grupo 6.

- Categoria profissional dos enfermeiros

Os enfermeiros distinguem-se pela categoria profissional, obtendo na escala negativa : Qui- quadrado = 34.6415, df = 6, p = .0000 e na escala positiva : Qui- quadrado = 22.7027, df = 6, p = .0009.

Observemos os quadros que se seguem que mostram o estudo do Qui- quadrado para as variáveis: categoria profissional e a escala negativa e a escala positiva de atitudes para com os idosos. Os quadros seguintes (20, 21) mostram o valor do estudo Qui- quadrado para as variáveis referidas.

QUADRO 20
Estudo do Qui- quadrado para a categoria profissional dos enfermeiros e o total da escala negativa de atitudes para com idosos

GRUPOS	<50	>50	Qui ²	p
GRUPO 1 ENFERMEIRO	80 (41,7%)	112 (58,3%)	34.6415	.0000
GRUPO 2 ENFERMEIRO GRADUADO	89 (41,2%)	127 (58,8%)		
GRUPO 3 ENFERMEIRO ESPECIALISTA	37 (66%)	19 (34%)		
GRUPO 4 ENFERMEIRO GESTOR	14 (58,3%)	10 (41,7%)		
GRUPO 5 ENFERMEIRO PROFESSOR ASSISTENTE	32 (65,3%)	17 (34,7%)		

GRUPOS	<50	>50	Qui ²	p
GRUPO 6 ENFERMEIRO PROFESSOR ADJUNTO	71 (65,8%)	37 (34,2%)		
GRUPO 7 ENFERMEIRO PROFESSOR COORDENADOR	16 (59,2%)	11 (40,8%)		

Nota: média do total da escala negativa = 50

< 50 - valor de atitudes mais positivas

> 50 - valor de atitudes mais negativas

No grupo 1 e 2, os enfermeiros são em maior número os que apresentam valores de atitude acima da média, revelando que nestes 2 grupos existem mais enfermeiros com atitudes negativas do que enfermeiros com atitudes positivas.

Contrariamente, nos restantes grupos (grupo 3, 4, 5, 6 e 7) os enfermeiros são em maior número os que apresentam valores de atitudes abaixo da média revelando que nesses grupos existem mais enfermeiros com atitudes positivas do que enfermeiros com atitudes negativas.

QUADRO 21

Estudo do Qui- quadrado para a categoria profissional dos enfermeiros e o total da escala positiva de atitudes para com idosos

GRUPOS	<55	>55	Qui ²	p
GRUPO 1 ENFERMEIRO	92 (47,9%)	100 (52,1%)	22.702	.0009
GRUPO 2 ENFERMEIRO GRADUADO	100 (42,3%)	116 (53,7%)		
GRUPO 3 ENFERMEIRO ESPECIALISTA	28 (50%)	28 (50%)		
GRUPO 4 ENFERMEIRO GESTOR	15 (62,5%)	9 (37,5%)		
GRUPO 5 ENFERMEIRO PROFESSOR ASSISTENTE	29 (59,2%)	20 (40,8%)		
GRUPO 6 ENFERMEIRO PROFESSOR ADJUNTO	75 (69,4%)	33 (30,6%)		
GRUPO 7 ENFERMEIRO PROFESSOR COORDENADOR	19 (70,4%)	8 (29,6%)		

Nota: média do total da escala negativa = 55

< 55 - valor de atitudes mais positivas

> 55 - valor de atitudes mais negativas

Na escala positiva, os grupos 1 e 2 mantiveram-se com mais enfermeiros com atitudes negativas do que enfermeiros com atitudes positivas, embora com valores ligeiramente inferiores (52,1% e 53,7%) que na escala negativa (58,3% e 58,8%). O grupo 3 aumentou o número de enfermeiros com atitudes negativas (50%) em relação à escala negativa (34%). Os grupos 4, 5, 6 e 7 mantiveram-se com mais enfermeiros com atitudes positivas do que enfermeiros com atitudes negativas.

QUADRO 22

Estatística descritiva da escala negativa e positiva para a categoria profissional dos enfermeiros

GRUPOS	ESCALAS	MEDIANA	P ₂₅	P ₇₅
GRUPO 1 n=192	NEGATIVA	56	49	63
	POSITIVA	52	44	60
GRUPO 2 n= 216	NEGATIVA	56	50	62
	POSITIVA	54	43	63
GRUPO 3 n= 56	NEGATIVA	55	45	61
	POSITIVA	46	35	52.1
GRUPO 4 n= 24	NEGATIVA	52.5	44	58
	POSITIVA	48.5	42	62
GRUPO 5 n= 49	NEGATIVA	53	44	59
	POSITIVA	48	39	52
GRUPO 6 n= 108	NEGATIVA	49.5	43	58
	POSITIVA	44	37	53
GRUPO 7 n= 27	NEGATIVA	48	38	60
	POSITIVA	46	40	57

Média na escala negativa = 50
Média na escala positiva = 55

Os dados deste quadro permitem verificar que:

No grupo 1 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores de atitudes acima dos da média (P₇₅ = 63) assim como o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é superior à média da escala (Med = 56) revelando atitude negativa e 25% (P₂₅ = 49) com atitude neutra. Os valores na escala positiva revelam que 75% dos sujeitos apresentam valores acima da média (P₇₅ = 60), o que corresponde a atitudes negativas, enquanto que o ponto que

tem tantos valores acima como abaixo é inferior à média da escala (Med = 52) e 25% dos mesmos ($P_{25} = 44$) revela atitude positiva.

No grupo 2- os valores da escala negativa vão no mesmo sentido que os do grupo 1 ($P_{75} = 62$, Med = 56 e $P_{25} = 50$) assim com os da escala positiva, excepto o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é semelhante à média da escala (Med = 54) revelando atitude neutra.

No grupo 3 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores de atitudes acima dos da média ($P_{75} = 61$) assim como o ponto que tem tantos valores acima como abaixo (Med = 55) revelando atitudes negativas, enquanto que apenas 25% ($P_{25} = 45$) revela atitude positiva. Os valores na escala positiva revelam que 75% ($P_{75} = 52.1$) assim como o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é superior à média da escala (Med = 46) e 25% dos sujeitos ($P_{25} = 35$) apresentam valores de atitudes abaixo dos da média, revelando na generalidade atitudes positivas.

No grupo 4 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores de atitudes acima da média ($P_{75} = 58$) assim como o ponto que tem tantos valores acima como abaixo (Med = 52.5) revelando atitude negativa e apenas 25% ($P_{25} = 44$) revela atitude positiva. Os valores na escala positiva vão no mesmo sentido, excepto 25% ($P_{25} = 42$) assim como o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é inferior à média da escala (Med = 48.5) revelando atitudes positivas.

No grupo 5 - os valores da escala negativa vão no mesmo sentido que os do grupo 4 ($P_{75} = 59$, Med = 53 e $P_{25} = 44$). No entanto na escala positiva, na generalidade os valores das atitudes são inferiores aos da média ($P_{75} = 52$, Med = 48 e $P_{25} = 39$) revelando atitude positiva.

No grupo 6 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores de atitudes acima dos da média ($P_{75} = 58$) enquanto que o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é

idêntico à média da escala (Med = 49.5) tem atitude neutra e apenas 25% ($P_{25} = 43$) tem atitude positiva. Na escala positiva, na generalidade os valores das atitudes são inferiores aos da média ($P_{75} = 53$, Med = 44 e $P_{25} = 37$) revelando atitude positiva (como se verificou também para o grupo 3 e o grupo 5).

No grupo 7 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores de atitudes acima dos da média ($P_{75} = 60$). No entanto, o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é inferior à média da escala (Med = 48) assim como 25% destes sujeitos ($P_{25} = 38$) apresenta atitudes positivas. Os valores na escala positiva vão no mesmo sentido que os da escala negativa.

O grupo 1, 2 e 3 têm mais enfermeiros com atitudes negativas do que enfermeiros com atitudes positivas. O grupo 3, tem mais enfermeiros com atitudes positivas na escala negativa do que enfermeiros com atitudes negativas. Mas, na escala positiva, o número de enfermeiros é idêntico para atitudes negativas e positivas. O grupo 4, 5, 6 e 7 têm mais enfermeiros com atitudes positivas do que enfermeiros com atitudes negativas. Estes resultados revelam que os enfermeiros do grupo 1 e 2 (categorias profissionais correspondem a prestar cuidados directos ao doente) são mais os enfermeiros que têm atitudes negativas do que positivas; enquanto que os enfermeiros do grupo 4, 5, 6 e 7 (cujas categorias profissionais correspondem a chefe e enfermeiros professores, logo não têm contacto directo com os doentes) são mais os enfermeiros que têm atitudes positivas do que os enfermeiros que têm atitudes negativas.

Os resultados deste estudo não coincidem com os resultados do estudo de Dellasega e Curriero (1991) e de Schoen (1993). Estes autores verificaram que o contacto interpessoal do enfermeiro leva a que estes profissionais tenham atitudes mais positivas.

- Grupo etário dos enfermeiros

Os enfermeiros distinguem-se pelo grupo etário na escala positiva : Qui - quadrado = 12.805, $df = 3$, $p = .0051$, mas não na escala negativa.

Vejamos os seguintes quadros (23 e 24) que mostram o valor do estudo do : Qui - quadrado entre a variável mencionada.

QUADRO 23

Estudo do Qui - quadrado para o grupo etário dos enfermeiros e o total da escala negativa de atitudes para com idosos

GRUPOS	<50	>50	Qui ²	p
GRUPO 1 até 29 anos	82 (47,7%)	90 (52,3%)	5.9679	.1132
GRUPO 2 30 - 39 anos	129 (50,2%)	128 (49,8%)		
GRUPO 3 40 - 49 anos	92 (57,9%)	67 (42,1%)		
GRUPO 4 ≥ 50 anos	36 (42,9%)	48 (57,1%)		

Nota: média do total da escala negativa = 50

< 50 - valor de atitudes mais positivas

> 50 - valor de atitudes mais negativas

Pela observação do Quadro 23, verifica-se que os grupos não se distinguem na escala negativa.

QUADRO 24

Estudo do Qui - quadrado para o grupo etário dos enfermeiros e o total da escala positiva de atitudes para com idosos

GRUPOS	<55	>55	Qui ²	p
GRUPO 1 até 29 anos	82 (47,7%)	90 (52,3%)	12.805	.0051
GRUPO 2 30 - 39 anos	125 (48,6%)	132 (51,4%)		
GRUPO 3 40 - 49 anos	102 (64,9%)	57 (35,9%)		
GRUPO 4 ≥ 50 anos	49 (58,3%)	35 (41,7%)		

Nota: média do total da escala positiva = 55

<55 - valor de atitudes mais positivas

>55 - valor de atitudes mais negativas

O grupo 1 manteve na escala positiva igual número de sujeitos com valor de atitude abaixo e acima da média da escala como na escala negativa.

O grupo 2 diminui ligeiramente o número de enfermeiros com valores abaixo da média, o que significa que diminui pouco o número de sujeitos com atitudes positivas.

O grupo 3 aumentou o número de sujeitos com valores abaixo da média da escala, revelando que mantém maior número de enfermeiros com atitudes positivas. Este número aumentou ligeiramente na escala positiva (64,1%).

O grupo 4 aumentou significativamente o número de sujeitos com valores abaixo da média da escala (58,3%) em relação à escala negativa (42,9%) o que significa que na escala positiva existem mais enfermeiros com atitudes positivas do que enfermeiros com atitudes negativas, sendo o oposto ao verificado na escala negativa.

Para explorar estas variações, recorreu-se ao estudo da estatística descritiva, que é apresentado no Quadro 25.

QUADRO 25

Estatística descritiva da escala negativa e positiva para o grupo etário dos enfermeiros

GRUPOS	ESCALAS	MEDIANA	P ₂₅	P ₇₅
GRUPO 1 n=172	NEGATIVA	51	43	58
	POSITIVA	56	50	63
GRUPO 2 n= 257	NEGATIVA	50	40	59
	POSITIVA	56	47	62
GRUPO 3 n= 159	NEGATIVA	48	41	57
	POSITIVA	51	44	59
GRUPO 4 n= 84	NEGATIVA	52.5	41	66.5
	POSITIVA	52.5	46	59

Nota:

média na escala negativa = 50

média na escala positiva = 55

Com os dados deste quadro verificamos que:

No grupo 1 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores de atitudes acima da média da referida escala ($P_{75} = 58$) o que equivale a atitude negativa enquanto que o ponto médio que tem tantos valores acima como abaixo é idêntico ao da média da escala ($Med = 51$), equivale a atitude neutra e 25% tem valores inferiores à média da escala ($P_{25} = 43$) revelando atitude positiva.

Na escala positiva também os valores das atitudes apontam no mesmo sentido dos da escala negativa.

No grupo 2 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores acima da média da escala ($P_{75} = 59$) revelando atitude negativa enquanto que o ponto médio que tem tantos valores acima como abaixo e é idêntico à média e equivale a uma atitude neutra ($Med = 50$) e 25% dos sujeitos tem valores inferiores à média da escala ($P_{25} = 40$) revelando atitudes positivas. Na escala positiva, os valores alcançados apontam no mesmo sentido dos da escala negativa.

No grupo 3 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores acima da média da escala ($P_{75} = 57$) revelando atitude negativa, enquanto que o ponto médio que tem tantos valores acima como abaixo é inferior à média da escala ($Med = 48$) o que equivale a atitude

entre neutra e positiva e 25% tem valores inferiores à média da escala ($P_{25} = 41$) o que equivale a atitude positiva.

Os resultados na escala positiva apontam no mesmo sentido dos valores da escala negativa.

No grupo 4 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores muito acima da média da escala ($P_{75} = 66,5$) assim como o ponto médio que tem tantos valores acima como abaixo ($Med = 52,5$) revelando uma atitude negativa. Apenas 25% tem valor inferior à média da escala ($P_{25} = 41$) revelando atitude positiva. Na escala negativa, 75% dos sujeitos apresenta valores acima da média da escala ($P_{75} = 59$) enquanto o ponto que tem tantos valores acima como abaixo é inferior à média da escala ($Med = 52,5$) e 25% ($P_{25} = 46$) tem valores abaixo da média da escala.

Duma maneira geral, os valores das atitudes são semelhantes no grupo 1 e 2 sendo mais favorável no grupo 3, quer na escala negativa quer na positiva.

O grupo 4 é o que apresenta na generalidade, atitudes mais negativas, sobretudo na escala negativa.

Os resultados do nosso estudo indicam que o grupo de enfermeiros com idades entre os 40 - 49 A (grupo 3) tem mais enfermeiros com atitudes positivas em ambas as escalas. Estes resultados não coincidem com os encontrados por Taylor e Harned (1978), com o uso da mesma Escala AKPI, no qual verificaram que os enfermeiros com menos de 40 anos apresentavam atitudes mais positivas.

- Área em que os enfermeiros exercem funções

Os enfermeiros distinguem-se pela área que exercem funções obtendo para a escala negativa : Qui -quadrado = 42.175, $df = 4$, $p = .0001$ e para a escala positiva : Qui -quadrado=

34.396, $df = 4$, $p = .0000$. Os quadros que se seguem (26 e 27) mostram os valores do estudo do Qui - quadrado para as variáveis referidas.

QUADRO 26

Estudo do Qui - quadrado para a área em que os enfermeiros exercem funções e o total da escala negativa de atitudes para com idosos

GRUPOS	<50	>50	Qui ²	p
GRUPO 1 Prestação directa de cuidados	174 (41,3%)	247 (58,7%)	42.175	.0000
GRUPO 2 Gestão de cuidados	23 (62,1%)	14 (37,9%)		
GRUPO 3 Formação	9 (100%)	0		
GRUPO 4 Prestação / gestão	16 (69,6%)	7 (30,4%)		
GRUPO 5 Docência	117 (64,3%)	65 (35,7%)		

Nota: a média do total da escala negativa = 50

> 50 - valor de atitudes mais positivas

< 50 - valor de atitudes mais negativas

Pela observação do Quadro verificamos que no grupo 1 há mais sujeitos com valores acima da média da escala, ou seja, neste grupo existem mais enfermeiros com atitudes negativas (58,7%) do que enfermeiros com atitudes positivas (41,3%).

Os enfermeiros dos grupos 2, 3, 4 e 5 apresentam uma percentagem significativa de mais enfermeiros com valores abaixo da média da escala, o que significa que nestes grupos existem mais enfermeiros com atitudes positivas do que enfermeiros com atitudes negativas. Lembremo-nos que no grupo 4 se encontram enfermeiros especialistas, que habitualmente exercem funções de prestação de cuidados especializados e dão algum apoio na gestão. No grupo 3 todos os enfermeiros têm valores de atitude abaixo dos da média.

QUADRO 27

Estudo do Qui - quadrado para a área em que os enfermeiros exercem funções e o total da escala positiva de atitudes para com idosos

GRUPOS	<55	>55	Qui ²	p
GRUPO 1 Prestação directa de cuidados	190 (45,1%)	231 (54,9%)		
GRUPO 2 Gestão de cuidados	24 (64,9%)	13 (35,1%)		
GRUPO 3 Formação	9 (100%)	0		
GRUPO 4 Prestação / gestão	14 (60,9%)	9 (39,1%)		
GRUPO 5 Docência	121 (66,4%)	61 (33,6%)		

Nota: a média do total da escala positiva = 55

> 55 - valor de atitudes mais positivas

> 50 - valor de atitudes mais negativas

Na escala positiva a situação repete-se para os 5 grupos de enfermeiros. No entanto no grupo 1, o número de enfermeiros que têm valores abaixo da média da escala na escala positiva (190) aumentou ligeiramente em relação à escala negativa (174). Contrariamente, nos grupos 2, 4 e 5, o número de enfermeiros que têm valores abaixo da média na escala positiva (24, 14, 121) é ligeiramente superior ao número de enfermeiros que têm valores abaixo da média na escala negativa (23, 16, 117 respectivamente), ou seja, diminui ligeiramente o número de enfermeiros com atitudes positivas na escala positiva. O grupo 3 manteve o mesmo número nos valores de atitudes abaixo da média.

A estatística descritiva permite explorar estas variações pelo que apresentamos o Quadro 28.

QUADRO 28

Estatística descritiva da escala negativa e positiva segundo a área em que os enfermeiros exercem funções

GRUPOS	ESCALAS	MEDIANA	P ₂₅	P ₇₅
GRUPO 1 n=421	NEGATIVA	57	50	63
	POSITIVA	53	44	61
GRUPO 2 n= 37	NEGATIVA	52	44	59
	POSITIVA	48	41	60
GRUPO 3 n= 9	NEGATIVA	39	34	47
	POSITIVA	42	31	45
GRUPO 4 n= 23	NEGATIVA	53	46	59
	POSITIVA	48	30	54
GRUPO 5 n= 128	NEGATIVA	50.5	43	58
	POSITIVA	45.5	38	54

Nota:

média na escala negativa = 50

média na escala positiva = 55

A partir dos valores do quadro 28 verificamos que:

Grupo 1 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores muito acima dos da média da escala ($P_{75} = 63$) assim como o ponto médio que tem tantos valores acima como abaixo é bastante superior à média da escala ($Med = 57$) revelando atitudes negativas e apenas 25% tem valores iguais aos da média da escala ($P_{25} = 50$) o que equivale a atitude neutra.

Na escala positiva: 75% apresenta valores acima da média da escala revelando atitudes negativas. No entanto, o ponto médio que tem tantos valores acima como abaixo é inferior à média da escala ($Med = 53$) assim como 25% ($P_{25} = 44$) o que equivale a atitude positiva.

Grupo 2- na escala negativa: 75% apresenta valores acima da média da escala ($P_{75} = 59$) assim como o ponto médio que tem tanto valores acima como abaixo ($Med = 52$). Apenas 25% dos sujeitos tem valores abaixo da média da escala ($P_{25} = 44$), revelando atitudes positivas. Na escala positiva os valores apontam no mesmo sentido, excepto o ponto médio que é muito inferior à média da escala ($Med = 48$) revelando atitude positiva.

Grupo 3 - na escala negativa verifica-se que 75% apresenta valores de atitudes abaixo dos da média ($P_{75} = 47$) assim como o ponto médio que tem tantos valores acima como abaixo ($Med = 39$) e em 25% dos sujeitos, o valor também é muito inferior ao da média da escala ($P_{25}=34$) revelando na generalidade atitudes positivas. Constata-se o mesmo para a escala positiva, ou seja, também na generalidade as atitudes são positivas.

Grupo 4 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresentam valores acima dos da média da escala ($P_{75} = 59$) assim como o ponto médio que tem tantos valores acima como abaixo ($Med = 53$) revelando atitudes negativas. Apenas 25% tem valores de atitudes inferiores à média da escala ($P_{25} = 46$) o que significa que 25% dos sujeitos tem atitudes positivas.

Na escala positiva, 75% dos sujeitos apresenta valores semelhantes acima dos da média da escala ($P_{75} = 54$). O ponto que tem tantos valores acima como abaixo apresenta tem valores inferiores à média da escala ($Med = 48$) assim como 25% têm valores abaixo dos da média ($P_{25} = 30$) revelando atitudes positivas.

Grupo 5 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores acima dos da média da escala ($P_{75} = 58$) revelando atitudes negativas. No entanto, o ponto que tem tantos valores acima como abaixo tem valores semelhantes à média da escala ($Med = 50.5$) o que equivale a atitudes neutras enquanto que 25% ($P_{25} = 43$) tem valores inferiores aos da média, revelando atitudes positivas.

Na escala positiva, 75% dos sujeitos apresenta valores abaixo dos da média da escala ($P_{75} = 54$) assim como o ponto que tem tantos valores acima como abaixo ($Med = 45.5$) assim como 25% dos sujeitos ($P_{25} = 38$) revelando, na generalidade, atitudes positivas.

Pelo que apresentámos, verifica-se que na generalidade o grupo 3 tem valores mais baixos que o ponto médio das 2 escalas o que equivale a atitudes positivas quer na escala negativa quer na escala positiva. O grupo 1 que representa os enfermeiros da prestação directa de cuidados, os enfermeiros deste grupo são mais os que têm atitudes negativas do que os que

têm atitudes positivas em ambas as escalas. Pelo estudo da estatística descritiva, verifica-se que têm valores mais elevados em ambas as escalas para o percentil 75, percentil 25 e mediana, apresentando tendencialmente atitudes negativas. O resultado deste estudo vai ao encontro da variável, categoria profissional, ou seja, no grupo dos enfermeiros cuja categoria profissional equivale a prestar cuidados directos ao doente são mais os enfermeiros com atitudes negativas do que os que têm atitudes positivas. Similarmente, nos resultados dos estudos desenvolvidos por Ansello (1991), Carmel e colaboradores (1993), os autores verificaram que os enfermeiros que cuidavam de idosos preferiam exercer a sua profissão junto de uma população mais jovem.

Presentemente os idosos são o grupo populacional que mais frequenta os serviços de saúde, apresentando elevado consumo de medicamentos e maior número de internamentos nos serviços hospitalares e permanecem neles mais tempo (Borges et al., 2000). Assim sendo, os enfermeiros que exercem funções na prestação de cuidados são os que mais cuidam da população envelhecida.

- Local onde trabalham os enfermeiros

Os enfermeiros distinguem-se pelo local onde trabalham obtendo-se na escala negativa : Qui -quadrado = 22.189, df = 3, p = .0001 e na escala positiva : Qui - quadrado= 22.185, df = 3, p = .0001. Os quadros que se seguem (29 e 30) mostram os valores para estas variáveis do estudo do Qui - quadrado entre estas variáveis.

QUADRO 29

Estudo do Qui - quadrado para o local de trabalho dos enfermeiros e o total da escala negativa de atitudes para com idosos

GRUPOS	<50	>50	Qui ²	p
GRUPO 1 Hospital	202 (45,6%)	241 (54,4%)	22.185	.0001
GRUPO 2 Centro de Saúde	14 (36,8%)	24 (63,2%)		
GRUPO 3 Escola	121 (64,7%)	66 (35,3%)		
GRUPO 4 Outro	2 (50%)	2 (50%)		

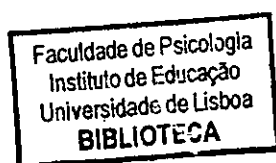
Nota: média do total da escala negativa = 50

< 50 valor de atitudes mais positivas

> 50 valor de atitudes mais negativas

Pela observação do quadro verificamos que o grupo 3 tem maior número de enfermeiros com valores abaixo da média da escala, ou seja, neste grupo existem mais enfermeiros com atitudes positivas (64,7%) do que enfermeiros com atitudes negativas (35,3%).

Nos grupos 1 e 2 existem mais enfermeiros com valores acima da média da escala, o que significa que são em maior número os enfermeiros com atitudes negativas do que enfermeiros com atitudes positivas, sendo a diferença mais acentuada no grupo 2 (enfermeiros com atitudes positivas = 36,8% e com atitude negativa = 63,2%) que no grupo 1 (45,6% e 54,4%).



QUADRO 30

Estudo do Qui - quadrado para o local de trabalho dos enfermeiros e o total da escala positiva de atitudes para com idosos

GRUPOS	<55	>55	Qui ²	p
GRUPO 1 Hospital	213 (48%)	230 (52%)	22.185	.0001
GRUPO 2 Centro de Saúde	17 (44,7%)	21 (55,3%)		
GRUPO 3 Escola	124 (66,3%)	63 (33, 7%)		
GRUPO 4 Outro	4 (100%)	0		

Nota: média do total da escala negativa = 55

< 55 valor de atitudes mais positivas

> 55 valor de atitudes mais negativas

O grupo 3 continua a ser o que tem enfermeiros com valores inferiores aos da média da escala (66,3%) do que os que têm valores acima dessa média (33,7%) revelando que existem mais enfermeiros com atitudes positivas do que enfermeiros com atitudes negativas.

Nos grupos 1 e 2 os enfermeiros continuam a ser mais os que têm atitudes negativas que os que têm atitudes positivas. No entanto, no grupo 1, na escala positiva, o número de enfermeiros com atitude positiva subiu ligeiramente (48%) em relação à escala negativa (45,6%). Sucedeu o mesmo no grupo 2, sendo essa subida mais elevada na escala positiva (44,7%) do que na escala negativa (36,8%). No grupo 4, todos os enfermeiros têm atitudes positivas.

Vejamos como a estatística descritiva explora tais variações, a partir da observação do Quadro 31.

QUADRO 31

Estatística descritiva da escala negativa e positiva segundo local de trabalho dos enfermeiros

GRUPOS	ESCALAS	MEDIANA	P ₂₅	P ₇₅
GRUPO 1 n=443	NEGATIVA	52	42	60
	POSITIVA	56	48	62
GRUPO 2 n= 38	NEGATIVA	56	45	65
	POSITIVA	56	53	63
GRUPO 3 n= 187	NEGATIVA	45	38	54
	POSITIVA	50	43	59
GRUPO 4 n= 24	NEGATIVA	59	45.5	82
	POSITIVA	47	44.5	50

Nota:

média na escala negativa = 50

média na escala positiva = 55

Dos dados deste quadro observamos que:

Grupo 1 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores acima dos da média da escala ($P_{75} = 60$) assim como o ponto que tem tantos valores acima ou abaixo ($Med = 52$) revelando atitudes negativas e apenas 25% tem valores inferiores aos da média da escala ($P_{25} = 42$) revelando atitude positiva.

Os valores na escala positiva vão no mesmo sentido que os da escala negativa.

Grupo 2- na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores bastante acima dos da média da escala ($P_{75} = 65$) assim como o ponto que tem tantos valores acima ou abaixo ($Med = 52$) revelando atitudes negativas e apenas 25% dos sujeitos têm valores inferiores aos da média da escala ($P_{25} = 45$) revelando atitude positiva. Os valores na escala positiva vão no mesmo sentido que os da escala negativa, no entanto, o ponto que tem tantos valores acima ou abaixo é semelhante à média da escala, revelando atitude próxima do neutro ($Med = 56$) tal como 25% dos sujeitos ($P_{25} = 53$).

O grupo 3, na escala negativa, verifica-se que 75% apresenta valores acima dos da média da escala ($P_{75} = 54$), o ponto que tem tantos valores acima ou abaixo tem valor inferior

ao da média da escala (Med = 45) e em 25% dos enfermeiros tem valores também abaixo da média da escala ($P_{25} = 38$) revelando na generalidade atitude positiva.

Os valores na escala positiva vão no mesmo sentido que os valores na escala negativa.

Grupo 4 - na escala negativa 75% dos sujeitos apresenta valores muito acima dos da média da escala ($P_{75} = 82$) assim como o ponto que tem tantos valores acima como abaixo (Med = 59) revelando atitudes negativas. Apenas 25% dos sujeitos tem valores abaixo dos da média da escala ($P_{25} = 45.5$) revelando atitude positiva.

Na escala positiva, os valores vão no sentido oposto aos da escala negativa, ou seja, 75% dos sujeitos tem valores acima aos da média da escala ($P_{75} = 50$) assim como o ponto que tem tantos valores acima como abaixo (Med = 47) e 25% dos sujeitos tem valores inferiores aos da média da escala ($P_{25} = 44.5$) revelando na generalidade atitude positiva na escala positiva.

Podemos afirmar que os enfermeiros do grupo 4, que corresponde a local de trabalho indefinido, apresentam, na generalidade, atitudes negativas na escala negativa e atitudes positivas na escala positiva.

No grupo 3, no qual estão incluídos os enfermeiros que trabalham nas Escolas Superiores de Enfermagem, são mais os enfermeiros que têm atitudes positivas do que os enfermeiros que têm atitudes negativas. De facto, estes enfermeiros são professores, e como tal não prestam cuidados directos aos doentes, eventualmente supervisionam os estudantes de Enfermagem. Os resultados do nosso estudo são consistentes com o estudo de Brower (1985). Este autor estudou a relação entre o tempo passado pelo enfermeiro com os doentes idosos e as atitudes dos enfermeiros para com os mesmos e verificou que os enfermeiros que passavam menos tempo com idosos tinham atitudes mais positivas. Mas, por outro lado, nos enfermeiros professores, a actualização permanente de conhecimentos, leva-os a terem conhecimento do processo de envelhecimentos, condição essencial para cuidar de idosos (Roy, 1996); tal

conhecimento pode contribuir para diminuir os estereótipos negativos sobre o idoso (Vasil et al., 1993).

De seguida abordaremos as características sócio -demográficas e psicossociais dos enfermeiros que têm atitudes mais positivas (resultados que se situam no percentil 25 ou abaixo dele) e com atitudes mais negativas (resultados que se situam no percentil 75 ou acima dele) em ambas as escalas (negativa e positiva) de atitudes para com os idosos que são reveladas no Quadro 32.

QUADRO 32
Características dos enfermeiros com atitudes mais positivas e dos enfermeiros com atitudes mais negativas

VARIÁVEIS		Valores $\leq P_{25}$ Escala negativa Escala positiva n = 101		Valores $\geq P_{75}$ Escala negativa Escala positiva n = 79	
		FREQUÊNCIA	%	FREQUÊNCIA	%
SEXO	Masculino	82	81	65	82.2
	Feminino	19	18.8	14	17.72
GRUPO IDADE	até 29 anos	11	10.89	24	30.7
	30 - 39 anos	45	44.55	30	37.9
	40 - 49 anos	29	28.71	12	15.18
	≥ 50 anos	16	15.84	13	16.45
MÉDIA		$\bar{x} = 39.73A$		$\bar{x} = 37^A$	
ESTADO CIVIL	Solteiro	22	21.78	22	27.85
	Casado	64	63.37	49	62.03
	Divorciado	14	13.86	7	8.86
	Viúvo	1	.99	1	1.27
HÁBILITAÇÕES ACADÉMICAS	Curso Enf. (9º ano)	1	.99	8	10.12
	Curso Enf. (11º ano)	2	1.98	3	3.79
	Bacharel	32	31.68	50	63.29
	Licenciatura	0	0	2	2.53
	CESE ¹¹	39	38.61	13	16.45
	Mestrado	26	25.79	3	3.79
	Doutoramento	1	.99	0	0

¹¹ CESE - Curso de Estudos Superiores Especializados

VARIÁVEIS		Valores $\leq P_{25}$ Escala negativa Escala positiva n = 101		Valores $\geq P_{75}$ Escala negativa Escala positiva n = 79	
		FREQUÊNCIA	%	FREQUÊNCIA	%
CATEGORIA PROFISSIONAL	Enfermeiro	12	11.88	29	36.7
	Enfermeiro Graduado	22	21.78	33	41.77
	Enfermeiro Especialista	13	22.87	4	5.
	Enfermeiro Chefe	3	2.97	1	1.2
	Enfermeiro Supervisor	1	.99	0	0
	Enfermeiro Professor Assistente	10	9.90	1	1.2
	Enfermeiro Professor Adjunto	32	31.68	7	8.86
	Enfermeiro Professor Coordenador	8	7.92	4	5.06
ÁREA EM QUE EXERCE FUNÇÕES	Prestação	34	33.66	65	82.28
	Gestão	9	8.91	1	1.27
	Prestação / Gestão	5	4.95	1	1.27
	Docência	49	48.51	12	15.19
	Outra	4	3.96	0	0
LOCAL DE TRABALHO	Hospital	48	47.52	57	72.15
	Centro de Saúde	2	1.98	9	11.39
	Escola	51	50.49	13	16.56

TEMPO NA CATEGORIA		varia de 1 a 24A $\bar{x} = 4.4A$	varia de 1 a 20A $\bar{x} = 5.4A$
TEMPO NA PROFISSÃO		varia de 1 a 35A $\bar{x} = 16.64A$	varia de 1 a 38 A $\bar{x} = 13.12A$
SERVIÇOS ACTUAL		variável docência (48,5%)	variável cirúrgica (22%)
TEMPO NO SERVIÇO		varia de 1 a 34A ($\bar{x} = 9.68A$)	varia de 1 a 35 A ($\bar{x} = 7.7A$)
OUTRA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL		88%	86%
	SERVIÇO	medico (19.80%)	médico (25.3%)
	TEMPO	$\bar{x} = 5.39 A$	$\bar{x} = 3.55 A$
OUTRA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL		88%	86%
	SERVIÇO	43,56% cirúrgica (10.89%)	48,10% cirúrgica (11.39%)
	TEMPO	$\bar{x} = 2.65 A$	$\bar{x} = 3.70 A$

Pela observação do quadro 32 verificamos que os enfermeiros que têm atitudes mais positivas¹² em ambas as escalas (negativa e positiva), distinguem-se dos enfermeiros que têm atitudes mais negativas¹³ em ambas as escalas (negativa e positiva), nalgumas variáveis que passamos descrever.

¹² Resultados que se situam no percentil 25 ou abaixo dele

¹³ Resultados que se situam no percentil 75 ou acima dele

Os enfermeiros com atitudes mais positivas, têm em média mais anos de idade (\bar{x} = 39.7 A para 37 A dos enfermeiros com atitudes mais negativas)- A maior percentagem tem como habilitações académicas o Curso de Estudos Superiores em Enfermagem (36,61%). De realçar a percentagem significativa de enfermeiros com mestrado (25,79%) e um enfermeiro com doutoramento, enquanto que os enfermeiros com atitudes negativas são em grande percentagem os que têm o Curso de Bacharel (63,29%) e baixa percentagem de enfermeiros com o mestrado (3,79%) e nenhum enfermeiro com o doutoramento.

Os enfermeiros com atitudes positivas têm em maior percentagem como categoria profissional, enfermeiro professor adjunto (31, 69%) seguidos de enfermeiros especialistas (22,87%) enquanto que os enfermeiros com atitudes negativas são graduados (41,77%) seguidos de enfermeiros (36,7%).

A área em que os enfermeiros com atitudes positivas exercem funções é a de docência (48,51%) enquanto que os enfermeiros com atitudes negativas são, na grande maioria, os que exercem funções na prestação directa de cuidados (82,28%), trabalham no hospital (47,52%) enquanto que essa percentagem sobe demasiado (72,15%) para os enfermeiros que têm atitudes negativas; têm mais tempo na categoria (\bar{x} = 16.64 A) enquanto que os enfermeiros com atitudes negativas têm menos anos: \bar{x} = 13.12 A. O serviço actual é a Escola Superior de Enfermagem (48,5%) enquanto que os enfermeiros com atitudes negativas trabalham nos serviços da área cirúrgica (22%). O tempo no actual serviço é ligeiramente elevado (\bar{x} = 9.68 A) enquanto que os enfermeiros com atitudes negativas têm \bar{x} = 7.7 A. Os enfermeiros com atitudes positivas têm como experiência profissional noutra área, a área médica (19.80%) com tempo médio \bar{x} = 5.39 enquanto que os enfermeiros com atitudes negativas têm uma maior percentagem também na área média (25,30%) mas o tempo é menor (\bar{x} = 3.55 A).

Pela caracterização dos enfermeiros que manifestam uma atitude mais negativa ou mais positiva nos resultados da Escala de AKPI pode verificar-se que aqueles que se

posicionam mais positivamente são: ligeiramente mais velhos, têm mais habilitações académicas (Curso de Estudos Superiores em Enfermagem e o grau de Mestre), têm como categoria a de professor adjunto e enfermeiros especialistas, exercem função na área da docência, têm mais tempo na profissão, na categoria e no actual serviço, o qual é a Escola Superior de Enfermagem, têm experiência profissional noutra área- a área médica, com mais tempo na mesma. Os enfermeiros que se posicionam mais negativamente são: mais novos, têm o Curso de Bacharel em Enfermagem, têm a categoria de enfermeiros graduados e enfermeiros, exercem funções na área da prestação de cuidados, trabalham essencialmente no hospital, o serviço actual é da área cirúrgica, têm menos tempo de serviço e têm como experiência profissional noutra área - médica- com menos tempo na mesma.

5.1.3 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos pelos enfermeiros do estudo 1 nos pares de itens agrupados em cada uma das áreas que a Escala de Kogan para com Pessoas Idosas contempla, permite concluir que:

- os enfermeiros apresentam uma atitude favorável quanto ao facto de os idosos se manterem nas suas casas, serem capazes de auto-cuidado, viverem juntamente nos mesmos prédios que pessoas de outras idades, o que faz com que seja a existência de uma população etária heterogénea que torna a zona residencial agradável.
- os enfermeiros têm uma atitude favorável perante a presença da pessoa envelhecida e uma atitude ambivalente quanto à relação com essas pessoas envelhecidas.
- os enfermeiros têm uma atitude favorável face à escuta das histórias do passado do idoso por ele relatadas mas manifestam-se mais desfavoravelmente quando se confrontam com uma atitude espontânea de afirmação da opinião por parte do

idoso, que os julgam criticamente. Desta forma, rejeitam o posicionamento autónomo do idoso, verificando-se ambivalência emocional e um eventual ponto de conflito.

- os enfermeiros revelam uma atitude favorável, considerando que os idosos são uma população relativamente heterogénea tal como os outros grupos etários. De facto, Birren e Schaie (1990) referem que o grupo etário com mais de 65 anos é muito variado, as suas características variam de acordo com os papéis sociais, as experiências de vida e estado de saúde, o que torna os idosos num grupo heterogéneo com particularidades próprias, decorrentes da longa vida que cada um já viveu.
- os enfermeiros percebem os idosos como dependentes ao nível emocional e afectivo
- os enfermeiros apresentam atitude algo estereotipada ao considerarem a existência de falta de flexibilidade nas capacidades cognitivas e adaptativas do idoso.
- os enfermeiros expressam uma atitude estereotipada quanto à aparência física do idoso mas bastante favorável quanto à personalidade do mesmo.

Os resultados alcançados pelos enfermeiros, na Escala AKPI, revelam que têm atitudes ligeiramente mais favoráveis que os sujeitos da amostra do estudo do instrumento.

Essa diferença é notória nos pares de itens que avaliam duas das sete áreas da referida escala: na área da homogeneidade do idoso enquanto grupo os enfermeiros consideram que os idosos são uma população relativamente heterogénea, tal como os outros grupos etários, enquanto que os indivíduos da amostra do estudo do instrumento, consideram o idoso como um grupo homogéneo. Aliás, este resultado é coincidente com o que referido por Meire (1993) que salienta que a primeira imagem estereotipada e comum sobre os idosos é considerar que eles formam uma categoria homogénea, tendendo a generalizar as suas

características, muitas vezes negativas e a negligenciar as diferenças entre cada indivíduo (Gocchele, 1996).

A outra área avaliada pela Escala AKPI, a das capacidades cognitivas do idoso, onde os enfermeiros expressam uma atitude estereotipada mas menos que a dos sujeitos da amostra do estudo do instrumento.

A análise estatística das respostas dos enfermeiros à Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas permitem validar as hipóteses colocadas para o estudo 1.

Os resultados obtidos sustentam que 5 características sócio - demográficas e psicossociais - habilitações académicas, categoria profissional, grupo etário, área em que os enfermeiros exercem funções e o seu local de trabalho, têm repercussões nas atitudes dos enfermeiros para com os idosos, quando lhes prestam cuidados. Estes resultados são concordantes com os estudo de Astle (1999) no qual verificou a existência de vários factores na influência das atitudes dos cuidadores para com os idosos.

Assim, os resultados suportam a hipótese que existe associação entre as atitudes do enfermeiros para com o idoso e as suas habilitações académicas, verificando-se que os enfermeiros do grupo com mais habilitações são mais os que têm atitudes positivas do que os que têm atitudes negativas.

Os resultados suportam a hipótese de que existe uma associação entre as atitudes do enfermeiro para com o idoso e a sua categoria profissional, verificando-se que nos grupos de enfermeiros que equivale a terem como categoria chefe e professor (assistente, adjunto ou coordenador), há mais enfermeiros com atitudes positivas do que enfermeiros com atitudes negativas. Estes resultados não coincidem com os resultados encontrados por Dellasega e Curriero (1991) e Shoen (1993).

Os resultados suportam a hipótese de que existe uma associação entre as atitudes do enfermeiro para com o idoso e o seu grupo etário, verificando-se no grupo dos enfermeiros

com idades compreendidas entre os 40 - 49 anos existem mais enfermeiros com atitudes positivas do que enfermeiros com atitudes negativas. Os resultados não são coincidentes com os encontrados por Taylor e Harmed (1978), no qual os enfermeiros com menos de 40 anos apresentavam atitudes mais positivas.

Os resultados suportam a hipótese de que existe uma associação entre as atitudes dos enfermeiros e área em que os enfermeiros exercem funções, verificando-se que os enfermeiros que exercem funções na prestação directa de cuidados são mais os que têm atitudes negativas do que os que têm atitudes positivas. Os resultados encontram fundamento nas investigações de Ansello (1991), Carmel e colaboradores (1992), nos quais os autores comprovam que os enfermeiros que cuidam de idosos preferem exercer a sua profissão junto dos mais jovens.

Os resultados também suportam a hipótese de que existe associação entre as atitudes dos enfermeiros e o local onde trabalham, verificando-se que os que trabalham nas Escolas Superiores de Enfermagem são mais os enfermeiros professores que têm atitudes positivas do que os enfermeiros que têm atitudes negativas. Os resultados são consistentes com o estudo de Brower (1985) no qual os enfermeiros que passam menos tempo com os idosos, têm atitudes mais positivas.

Os resultados do estudo não suportam as hipóteses de que existe associação entre as atitudes dos enfermeiros e as variáveis independentes: tempo na categoria profissional, tempo na profissão, serviço e tempo no serviço.

Também a caracterização dos enfermeiros que manifestam atitude mais positiva nos resultados da Escala de AKPI, mostra que os enfermeiros são mais velhos, têm mais habilitações académicas, são professores de Enfermagem e enfermeiros especialistas, exercem funções na área da docência, trabalham na Escola, têm mais tempo na profissão, na categoria e no actual serviço.

Os enfermeiros que manifestam atitude mais negativa nos resultados da referida Escala, são mais novos, têm menos habilitações literárias, são enfermeiros graduados, exercem funções na prestação directa de cuidados, trabalham predominantemente no hospital, têm menos tempo na profissão, na categoria e no actual serviço.

5.2 ESTUDO 2

Com este, pretendemos realizar o estudo das atitudes de 20 enfermeiros para com os idosos a partir da observação de uma interacção de cada enfermeiro com uma pessoa envelhecida, numa situação de cuidados e das respostas desses enfermeiros à questão aberta: "O que é para mim a velhice?".

5.2.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 20 enfermeiros, 4 do sexo masculino e 16 do sexo feminino. A idade dos enfermeiros varia entre os 24 e os 51 anos, sendo a idade média 31 anos (D.P.=6.46). Há 11 enfermeiros que têm idades até 29 anos, sendo a maioria de 28 anos (5 enfermeiros), 8 enfermeiros com idades compreendidas entre 30-39 anos e 1 enfermeiro com idade igual ou superior a 50 anos. Não existe nenhum enfermeiro que apresente idade entre os 40 e os 49 anos.

Relativamente ao estado civil, 11 enfermeiros são casados (55%) e 9 são solteiros (45%).

Quanto à escolaridade, 1 enfermeiro tem o 9ºano (antigo 5º ano) e o curso geral de enfermagem enquanto que 17 enfermeiros têm o bacharelato em enfermagem e apenas 2 enfermeiros têm o curso complementar em enfermagem.

Todos trabalham no hospital e exercem funções na prestação directa de cuidados.

Dos 20 enfermeiros, 8 têm a categoria profissional de enfermeiro (40%) enquanto que 12 são graduados (60%). O tempo na profissão varia de 2 a 30 anos com média de 7.8 anos (D.P. = 6.5).

8 enfermeiros (40%) trabalham num serviço da área médica e 12 enfermeiros (60%) trabalham num serviço da área cirúrgica.

80% dos enfermeiros tem outra experiência profissional, a qual é maioritariamente na área médica (50%), com tempo médio de 3,8 anos (D.P. =3.42).

5.2.2- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com este estudo pretendemos, junto de um grupo restrito de enfermeiros retirados da amostra do estudo 1, conhecer as suas atitudes, numa situação de cuidados a idosos através da observação do seu comportamento e qual o impacto do mesmo comportamento no próprio comportamento do idoso, assim como saber como é que essas atitudes variam, tendo em conta as diversas características sócio - demográficas.

Iniciámos esta apresentação abordando as áreas avaliadas pela Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas, a partir da estatística descritiva para os pares de itens.

Segue-se o estudo das atitudes implícitas no comportamento do enfermeiro para com o idoso e do comportamento deste face ao enfermeiro durante uma situação de cuidados:

- estudo das variáveis independentes e o comportamento do enfermeiro;
- estudo do comportamento do enfermeiro e do comportamento do idoso;
- estudo da pontuação obtida nas escalas de atitudes (negativa e a positiva) e o comportamento observado do enfermeiro face ao idoso;
- estudo das variáveis independentes e atitudes do enfermeiro, patente nos resultados da escala de atitudes;

Finalmente, pretendemos conhecer a atitude daqueles enfermeiros face à velhice, através da resposta à questão aberta "O que é para mim a velhice?".

Para isso, realizámos o estudo do conteúdo das respostas do enfermeiro face à velhice.

Discutiremos, em seguida, estes resultados.

- Estatística descritiva para os pares de itens .

Apresentamos no Quadro 33, os resultados obtidos pelos enfermeiros na Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas, nos pares de itens negativo e positivo e no total da Escala de itens negativos e do total da Escala de itens positivos.

QUADRO 33

Estatística descritiva para os itens da escala (n= 20)

PAR	Nº ITEM	X	S.D.	MODA	FREQUÊNCIA	MED	PERCENTIL 25	PERCENTIL 75
1	N 34	2.05	1.27	1	9	2	1	3
	P 1	2.55	1.19	2	10	2	2	3
2	N 18	3.00	1.62	3	7	3	2	4
	P 2	1.65	1.18	1	12	1	1	2
3	N 3	3.65	1.46	5	10	4	2	5
	P 19	2.20	1.00	2	8	2	1.5	3
4	N 4	3.75	1.80	2	6	3	2	5
	P 20	2.35	1.26	2	11	2	2	3
5	N 21	3.10	1.71	5	6	3	1.5	5
	P 5	2.40	1.46	2	8	2	1.5	3
6	N 22	3.70	1.26	3	9	5	3	5
	P 6	3.40	1.14	3	12	3	3	4
7	N 7	2.80	1.50	3	9	3	2	3
	P 23	2.60	1.23	2	8	2	2	3
8	N 8	2.35	1.59	MÚLTIPLO	-	2	1	3
	P 24	3.45	1.08	3	11	3	3	5
9	N 9	2.40	1.39	2	7	2	1	3
	P 25	1.90	.85	1	8	2	1	3
10	N 26	2.00	1.71	1	12	1	1	2
	P 10	3.20	1.15	3	11	3	2.5	3
11	N 28	3.65	1.42	3	7	3	2.5	5
	P 11	2.80	1.57	2	7	2	2	4
12	N 12	4.95	1.39	6	8	5	4	6
	P 27	5.40	.82	6	8	5	5	6
13	N 29	3.95	1.53	3	9	3	3	5
	P 13	3.40	1.53	3	8	3	2	5
14	N 30	3.40	1.39	3	10	3	2.5	4
	P 14	4.86	1.63	5	9	5	5	6
15	N 15	3.15	1.66	3	8	3	2	4
	P 31	3.75	1.20	3	12	3	3	5
16	N 32	2.60	1.09	3	9	3	2	3
	P 16	3.25	1.40	3	9	3	2	4
17	N 17	3.35	1.87	MÚLTIPLO	-	3	1.5	5
	P 33	3.80	1.93	5	8	3	2	5

	8	D.P.	MÉDIA	P ₂₅	P ₇₅
TOTAL NA ESCALA NEGATIVA	50.51	13.26	50.00	41.00	59.00
	MED= 2.94	10.07	55.00	47.00	61.00

	8
TOTAL NA ESCALA POSITIVA	54.25
	MED=3.19

MÍNIMO	1
MÁXIMO	7

Os dados registados no Quadro 33, permitem-nos afirmar de uma forma sintetizada¹⁴ que:

Área 1 - Segregação através do espaço habitacional

Os enfermeiros têm uma atitude estereotipada quanto ao facto do espaço habitacional ser ocupado (em termos de vizinhança) por grupos de idade heterogéneos. No entanto, revelam uma atitude favorável quanto ao facto de as pessoas idosas manterem-se nas suas próprias casas, serem capazes de auto - cuidarem-se. A existência de uma população heterogénea proporciona uma zona residencial agradável.

Área 2 - Sentimentos provocados pela convivência com idosos

Os enfermeiros apresentam uma atitude favorável perante a presença do idoso, a qual não é incomodativa. No entanto, expressam dificuldade em perceber o que incentiva os idosos, remetendo para uma ambivalência emocional para o relacionamento com pessoas idosas.

Área 3 - Relações interpessoais entre gerações

Os enfermeiros mostram uma atitude bastante favorável mostrando abertura para ouvir as histórias dos idosos que estes relatam. Revelam atitudes menos favoráveis quando o idoso tem opiniões próprias revelando autonomia e deste modo, consideram-nos críticos.

Área 4 - Homogeneidade dos idosos enquanto grupo

¹⁴ Os resultados obtidos por estes 20 enfermeiros foram já objecto de análise, uma vez que estes enfermeiros pertencem a um grupo restrito do estudo I constituído por 672 enfermeiros.

Os enfermeiros apresentam atitudes algo estereotipadas quanto aos defeitos irritantes dos idosos, considerados como uma característica. Revelam uma atitude neutra, face à homogeneidade dos idosos como grupo.

Área 5 - Dependência

Os enfermeiros percebem os idosos como emocionalmente dependentes, revelando uma atitude algo estereotipada e consideram que eles desejam terminar a actividade profissional logo que possível.

Área 6 - Capacidades cognitivas

Os enfermeiros expressam atitudes estereotipadas face às capacidades cognitivas e adaptativas do idoso, revelando que concebem a falta de flexibilidade cognitiva do idoso.

Área 7 - Aparência pessoal e personalidade

Os enfermeiros revelam uma atitude algo estereotipada quanto à aparência física do idoso mas muito favorável à sua personalidade.

As atitudes dos enfermeiros do estudo 2 são parecidas com as atitudes dos enfermeiros do estudo 1. No entanto, verificam-se algumas diferenças, nomeadamente os enfermeiros do estudo 1 têm atitudes mais desfavoráveis relativamente à ocupação do espaço habitacional por um grupo etário variado e quanto à homogeneidade dos idosos enquanto grupo, apresentando uma atitude neutra.

Por outro lado, os enfermeiros do estudo 2 apresentam atitudes mais favoráveis quanto a conceberem a opinião crítica dos idosos e a considerarem os idosos menos dependentes emocionalmente.

- Estudo das atitudes implícitas no comportamento do enfermeiro para com o idoso e do comportamento deste face aos enfermeiros observados numa situação de cuidados.

No Quadro 34 encontram-se registados os dados relativos ao comportamento dos enfermeiros para com o idoso e no Quadro 35 encontram-se os dados relativos ao comportamento de idoso face ao enfermeiro.

QUADRO 34
Dados relativos ao comportamento do enfermeiro face ao idoso

ÁREA TEMÁTICA	CATEGO- RIA	SUB CATEGORIAS E INDICADORES	ENFER- MEIROS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL		
COMPORTAMENTO DESADEQUADO	DOENTE OBJECTO	Ignora																								
		não olha a doente	9	6	14	16	17	9	11	8	9	2	3	2	2	3	1	1	4	3	2	4			126	
		conversa com outros	19	2	10	6	1	6	8	1	3	6		7		3	5		5	3	1				86	
		pergunta e não espera	2	2	7	2	2	8	6		4	1	2	1					4			2			43	
		não atende às queixas	5	1	4	6	6	1	2		2		2	3											32	
		suspira, canta e assobia	1				8		1																10	
		não atende à provacidade	2		1	1	1				1	1		1			1					1	1		11	
		Trabalha mecanicamente																								
		movimentos automáticos	13	7	20	21	14	5	6	6	7			1							1		1		102	
		movimentos bruscos	11			15	8	2			5			1		1										43
		Exerce autoridade																								
		dá ordens	10	3	18	9	7	14	8	2	14	4	1	4	2	1	4	2	8	4	2	5				122
		usa tom autoritário	3	1	4	3	1				9					1			2			3				27
		Infantiliza																								
		reconforta	3	3	6	7		8	5	3	1	5	2	5	1		2		4	1	2					58
		usa diminutivos	4	2	4	4	1		4	2	10	6	5	8	2		4	5	5	1	6					73
		trata por tu	1				6				15				1	1			1	4						29
		aprova			9	3		6	1		1			2						1	1					24
		Desvaloriza																								
		despersonaliza	1		1	1	1		3		5	3		3	3	3	1		1		1	3				30
		inferioriza	1		1		2	1					1	3		2	1	1	2	1						16
																									832	
COMPORTAMENTO ADEQUADO	DOENTE PESSOA	Respeita																								
		bem-estar			12	13	9	3	9	10	8	1	4	1	5	3	2	3	4	5	2	11				105
		autonomia			14	6	1	2	8	11	9			1	2	1			2	1	1	1			60	
		ritmo	3	6	1	2	3	2	7	3			1	1	1		4		3	1	1	1			40	
		privacidade	1	5		1		3					3		1	1		2	2	1					20	
		identidade						4			5	1	5	1	1	1	6	1	3	3	3				33	
		escuta		3							1	5	1	1	3		5	1	6	2	3	2			33	
																							291			

Pela observação do Quadro 34 verifica-se que os enfermeiros do estudo 2 revelaram um comportamento desadequado na interacção com o idoso a quem prestaram cuidados, através da categoria doente - objecto. Este comportamento foi preponderante (com 5 subcategorias: ignora, trabalha mecanicamente, exerce autoridade, infantiliza e desvaloriza) em relação ao

comportamento adequado - doente pessoa (com uma subcategoria: respeito). Consequentemente, o total da frequência dos indicadores das subcategorias relativas ao comportamento desadequado (832) é bastante elevado relativamente ao total da frequência dos indicadores da subcategoria relativa ao comportamento adequado (291).

- As atitudes são inferidas a partir das respostas observadas (Eagly e Chaiken, 1993), pela observação das respostas dos enfermeiros na interacção com o idoso. Ao comportamento adequado do enfermeiro correspondem atitudes positivas e ao comportamento desadequado correspondem atitudes negativas.

No estudo que efectuámos, a categoria encontrada correspondente ao comportamento desadequado foi o doente objecto. Aliás, esta verificação confirma a que observamos durante os anos do nosso exercício profissional: atitudes estereotipadas de alguns enfermeiros quando com eles colaborámos, na prestação de cuidados a pessoas envelhecidas.

Debrucemo-nos um pouco acerca das sub-categorias e indicadores.

Ignora

- não olha o doente

Verificamos a elevada frequência da presença desta resposta comportamental (126 vezes).

O contacto com os olhos é a expressão facial mais importante para manter a interacção enfermeiro idoso (Ford e Hazel, 1996). Este contacto visual pode indicar ao idoso que se está disponível para estar com ele assim como de querer entender o que ele diz (Egan, 1986).

A elevada frequência da presença da resposta comportamental "não olha o doente" traduz a indisponibilidade do enfermeiro para a interacção com o idoso, podendo ter consequências negativas para o idoso, podendo ser interpretado pelo próprio idoso como desconfiança e ofensa (Ford e Hazel, 1996).

- conversa com os outros sem se dirigir ao doente

Este indicador, o segundo a aparecer na hierarquia das frequências, revela um gesto de não respeito pelo idoso. Para Berger (1995), o respeito manifesta-se em todos os gestos. O enfermeiro nunca deve falar do cliente na terceira pessoa, e na sua presença não deve falar dele como se ele não existisse. Por seu lado, Hewison (1995) refere que a discussão sobre as pessoas idosas na presença delas, não as envolvendo, demonstra claramente quem tem o poder e as decisões.

- pergunta e não espera resposta

Também este gesto revela, por parte do emissor da comunicação - o enfermeiro - uma atitude de não respeito, na medida em que se quiser ganhar confiança do doente, e proporcionar a evolução para a sua autonomia, deve-se dar-lhe tempo e mostrar-se disponível (Berger, 1995).

- não atende às queixas

Este indicador revela falta de interesse pelo sentir da pessoa que se está a cuidar. Este gesto impede uma relação com a pessoa idosa porque para aumentar a eficácia da relação, o enfermeiro deve dar atenção especial aos problemas e sintomas do doente (Berger, 1995).

- suspira, canta e assobia

Mais uma vez, também este indicador denota desinteresse total pelo outro enquanto Pessoa, não a respeitando. Como refere Egan (1986), o respeito manifesta-se mais através de actos do que das palavras, uma vez que os actos são mais eloquentes que as palavras.

- não atende à privacidade

Este acto de invadir o espaço do corpo parece ameaçador, causa nervosismo e apreensão (Ford e Hazel, 1996). Além disso, com os idosos é necessário um cuidado especial em relação à sua privacidade, porque muitos idosos nunca mostraram partes do seu corpo (sobretudo as mulheres) (Berger, 1995).

- trabalha mecanicamente

Esta subcategoria sugere a existência de acções interiorizadas pela rotina de tarefas, em oposição à individualização de cuidados. O trabalho do enfermeiro está centrado na execução de tarefas que tem para cumprir (Cabete, 1997). Daí a necessidade de executá-las o mais rapidamente possível, de qualquer maneira, não interessando a quem se dirigem essas tarefas, neste caso os cuidados de higiene às idosas.¹⁵ Sobre este aspecto, Rader e colaboradores (1996) referem que se as enfermeiras não realizarem a higiene de rotina aos seus clientes idosos, têm a crença de que não realizaram o seu trabalho.

Este aspecto reenvia para o não atendimento das necessidades individuais a nível da higiene corporal. A estrutura do trabalho de enfermagem para com idosos é baseada nas necessidades físicas e dominada pelo método de rotina na organização dos cuidados (Pursey e Luker, 1995).

O corpo do doente deve ser tomado em consideração, porque para Personne (1991) ele é a primeira condição do reconhecimento do outro como pessoa. O mesmo autor refere que os cuidadores devem ter atenção à excessiva rapidez com que executam as suas "tarefas de limpeza", as quais muitas vezes são sentidas como agressivas. Além disso, os clientes mostram-se pouco interessados nos cuidados, quando a enfermeira parece estar com pressa (Berger, 1995).

¹⁵ A observação da interacção enfermeiro - idoso decorreu no momento de prestação de cuidados de higiene.

Exerce autoridade

- dá ordens

As ordens dadas à idosa não permitem que ela decida e são formas da enfermeira fazer-se obedecer, exercendo o seu poder. Este tipo de interacção envolve o exercício do "poder aberto" (Hewison, 1995) quando é ordenado ao paciente para fazer algo. Esta interacção é para este autor uma forma de instrução e admoestação e impõem limitações ao doente idoso. Os estudos realizados por Faulker (1980) e Stockwell (1972) revelaram que as interacções com pacientes eram breves e confinadas aos cuidados físicos e quase sempre iniciadas pela enfermeiras. A enfermeira que age como uma autoridade, dando ordens à idosa, leva a idosa a não participar na discussão da rotina, nem sobre o que se passa com ela.

- usa tom autoritário

O tom empregue pela enfermeira revela o contrário do que deve ser empregue com a idosa: tom de voz afectuoso e espontâneo (Berger, 1995).

Estas interacções revelam que as enfermeiras expuseram as suas acções e os seus pontos de vista, reforçadas pelo tom de voz autoritário. Nestas situações, os idosos raramente têm oportunidade de exporem as suas opiniões (Jarrett e Payne, 1995), ficando numa posição de inferioridade, tal como defendem Benner e Wrubel (1989). Os cuidadores estão numa posição superior, e quem é cuidado numa posição inferior, como que de submissão.

Infantiliza

Os indicadores desta subcategoria têm implícito a noção de que os enfermeiros prestaram cuidados a uma criança o que revela a presença de estereótipos negativos sobre o idoso na comunicação, patente no discurso dos enfermeiros para com o idoso, com o uso da

linguagem infantilizada. Também o estudo de Ryan, Meredith e Schantz (1994) (baseado na observação da interacção com idosos em lares e na respectiva análise do discurso dos profissionais para com os idosos) demonstrou que o tipo de linguagem empregue no diálogo com sujeitos envelhecidos é desprestigiante e humilhante. Personne (1991) revela que esta atitude estereotipada não visa nenhum objectivo consciente. Pode corresponder simplesmente à activação da relação de dependência do idoso, considerando-o como uma criança. Tratar a pessoa idosa como uma criança tende a reforçar o processo de dependência, a submissão e a perda de auto-estima. Por seu lado, Hewinson (1995) diz que o uso de termos infantilizantes por parte do enfermeiro é outra forma de ele exercer o poder, porque a sua linguagem reflecte a associação entre cuidar e maternage, como se tratasse de um encontro mãe - criança.

Desvaloriza

Os indicadores desta subcategoria ao revelarem que o enfermeiro age como um crítico para com o idoso, dificulta a relação com ele uma vez que ameaça a percepção que o cliente tem de si próprio (Berger, 1995). O enfermeiro tenta, consciente ou inconscientemente, controlar os seus paciente através da intimidação, usando palavras reprovadoras e sarcasmos ou recorrendo a brincadeiras que apenas visam ridicularizar os doentes.

Bardin (1997) refere que a "regularidade quantitativa da aparição dos indicadores é portanto aquilo que se considera como significativo."

Assim, no nosso estudo obtivemos uma elevada frequência dos indicadores relativos à categoria Doente Objecto. Os resultados são coincidentes com o que diz Berger (1995) que o automorfismo social (o não reconhecimento da pessoa idosa como única) é a atitude negativa mais frequente para com o idoso. Tais atitudes estereotipadas por parte dos enfermeiros impedem-nos de reconhecer as capacidades reais dos idosos, o seu potencial, a sua força de

recuperação, o valor do seu juízo crítico bem como a sua própria avaliação da vida (Berger, 1995).

Armstrong (1983) diz que as enfermeiras têm imagens consistentes do corpo como máquinas. A imagem do corpo como máquinas leva a considerá-lo como formado por partes com necessidades específicas para mantê-las a funcionar.

A influência da opinião do corpo como máquinas nos cuidadores de saúde (modelo biomédico) influencia as atitudes, levando os enfermeiros à despersonalização, contribuindo para a construção do idadismo (*ageism*), reflectindo-se numa prática de enfermagem reducionista, reduzindo as pessoas a objectos, desencorajando as enfermeiras a perceber os idosos como pessoas (Koch, 1996).

O estudo realizado por Beck (1996) sobre as experiências das estudantes de enfermagem acerca dos doentes idosos com distúrbios cognitivos, revelou que aquele grupo tinha uma abordagem não terapêutica, executando cuidados físicos aos idosos como se fossem *robots*.

Para Lookinland e Anson (1995), quando o doente é visto como objecto pelos enfermeiros, anula qualquer tentativa de cuidados individualizados. Para Walsh, citado por Cabete (1997), os enfermeiros escondem-se, por vezes, atrás das tarefas rotineiras evitando o contacto com realidades desconfortáveis dos cuidados individualizados, voltados para o doente. Existe um preço emocional a pagar por conhecermos os nossos doentes idosos. Porque conhecê-los implica confrontarmo-nos com diversas emoções incitando-os a reflectir sobre assuntos como a morte, o luto, o sofrimento, o fracasso, a doença. Em cada idoso existe uma criança, um adolescente, um adulto, mas inversamente, em cada uma de nós há um velho que se desenvolve. Podemos dizer que somos confrontados pelo sentimento dos nossos limites, com a possibilidade da morte ou com o sentido da vida (Meire, 1993).

Também Berger (1995) refere que os estereótipos sobre idosos referem-se mais a um conjunto de processos defensivos do que construtivos, parecendo que vários desses estereótipos se apoiam mais nos medos e nas inquietações relativas ao envelhecimento do que nas características específicas do idoso.

Por fim analisamos a categoria encontrada correspondente ao comportamento adequado do enfermeiro: doente pessoa. Vejamos agora a subcategoria e os indicadores respectivos.

Doente Pessoa

- bem-estar

Este indicador ao ocorrer mais vezes, indica que a atitude que o enfermeiro tem para com o idoso, revela preocupação pelo seu bem-estar, sendo esta fundamental porque o idoso raramente pede ajuda (Berger, 1995) por se encontrar num meio desconhecido, povoado por batas brancas, que não ousa questionar.

- autonomia

A frequência deste indicador revela que o enfermeiro, ao conservar uma filosofia de acção positiva e estruturada, demonstra que confia na força construtiva do cliente, reconhecendo mais as suas capacidades do que as suas limitações (Berger, 1995). Esta atitude, por parte do enfermeiro, produz um efeito significativamente positivo no idoso, uma vez que para ele, a pouca autonomia que lhe resta é importante para diminuir o medo comum a todos os idosos: a dependência dos outros que aumenta em situações de internamento hospitalar.

- ritmo

A presença deste indicador é considerada relevante uma vez que o enfermeiro na interacção com o idoso deve respeitar o seu ritmo, não esquecendo que o envelhecimento conduz a uma certa lentidão no tempo de resposta (Berger, 1995).

- privacidade

O respeito pela privacidade do idoso, é uma forma de o enfermeiro mostrar respeito por ele, sobretudo se se disponibiliza um enfermeiro do mesmo sexo para o ajudar, sobretudo quando está em causa a descoberta de partes íntimas do seu corpo (Berger, 1995).

- identidade

Outra forma de respeito, refere-se ao tratamento da pessoa envelhecida pelo seu nome próprio ou como gosta de ser tratada (Berger, 1995).

- escuta

A disponibilidade para escutar é fundamental, permitindo o acesso à compreensão do utente. A escuta do comportamento verbal do idoso permite ordenar e compreender o discurso do idoso, os seus comportamentos, assim como o seu estado afectivo (Melo, 1998).

Os 5 indicadores analisados reflectem o respeito que os enfermeiros do estudo manifestaram quando interagiram com a idosa. É durante o cuidar, no contacto directo com o doente, que se verifica o reconhecimento do respeito como valor fundamental da relação humana. Significa uma tomada de consciência do reconhecimento do outro como ser humano tal como eu, a qual implica uma capacidade para julgar e diferenciar para que o objecto do respeito - outro - seja reconhecido como digno.

De seguida, debruçamo-nos sobre o comportamento do idoso face ao comportamento do enfermeiro que lhe presta cuidados, apresentado no Quadro 35.

QUADRO 35

Dados relativos ao comportamento do idoso face ao enfermeiro

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUB CATEGORIAS E INDICADORES	Idosas *	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL		
COMPORTAMENTO EMOCIONALMENTE NEGATIVO	REACÇÃO NEGATIVA AO CUIDADO	Ignora																								
		queixas de dor		6	2	8	13						10	6	1	6	1	2	4				4		63	
		protege o corpo		2	2	1	4	2		1		1													13	
		tristeza				3	3															1	3		10	
		reclamação						6				6			3	1						1	1		19	
		desconfiança						1		2											1				4	
		choro					1																		1	
		Submissão																								
		obedece		1	2	4	1	5	4	2	3	4					1	1	2		1			2	33	
		medo		1		2	7						1												11	
		pede desculpa			1	1							1												3	
		olhar submisso				2							3					1			1				7	
		Recusa																								
		não responde			3	2	1	3	4	2				1		1			2					1		20
		fecha os olhos		6	2	1	1	1					2	2		2			2							19
		não obedece		1		1	1	1					3	2		2		2	2		2					17
																									220	
POSITIVO NEUTRO	POSITIVA NEUTRA	Admiração																								
		olhar expectante					1	1	1	5	2	1					1	1					3	19		
		olhar surpresa				3				1		1	1	2	2										10	
		Indiferença																								
		encolhe os ombro		1		2				1	1		1	1	1	1	1						3		12	
POSITIVO	POSITIVA	olha para o outro lado					1			1	1		4				1		2				1	11		
																									53	
		Colaboração																								
		accita			7	4	2			6	7	1	3	3	4	4	5		1	4	3	2	4		60	
		informa/salienta			4				4	11	1				1	5	1			4	3	1	4		39	
		Satisfação																								
bem-estar			1				1	6	5	1					1						1		16			
brinca e sorri				1			5	2		2			2		3				1				16			
agradece			1	1				2	1	2			1								1		9			
																							140			
NEUTRO	NEUTRA	Observa																								
		o que enfermeira faz		3	3	3	11	4	5	3	4	5					1					1		2	45	
		expressão neutra		4	1	1			2	2			1	1	2						1	1		1	17	
																							62			

* As idosas são apresentadas pelo número da observação relativa ao enfermeiro observado

Pela observação do Quadro 35, verificamos que o comportamento emocionalmente negativo do idoso predomina em termos do número de ocorrência (220) relativamente ao comportamento emocionalmente positivo (140) e relativamente ao comportamento emocionalmente positivo neutro (53) e neutro (62).

O comportamento adequado do enfermeiro para com o idoso ocorre com menor frequência que o comportamento desadequado, conseqüentemente o comportamento emocionalmente positivo do idoso face aos cuidados feitos pelo enfermeiro, ocorre também em menor frequência que o comportamento emocionalmente negativo, destacando uma ocorrência relativa da frequência de comportamento emocionalmente positivo neutro e neutro, por parte do idoso. Os resultados obtidos são concordantes com o que diz Berger (1995) que refere que existem relações recíprocas entre as atitudes das enfermeiras e dos beneficiários. Os idosos são vulneráveis aos comportamentos que os outros manifestam para com eles (Berger, 1995), como qualquer doente, o idoso adota mais ou menos conscientemente o papel de vítima impotente de maneira a obter a atenção e cuidados que precisa (Hétu, 1988).

Das reacções negativas aos cuidados, apresentados pelas pessoas observadas, constata-se a presença de sentimentos negativos, como por exemplo a tristeza e o medo.

O medo reforça o comportamento de submissão e impotência no hospital (Pinheiro, 1997).

Gerber (1995) comenta o medo dos idosos relativamente aos técnicos de saúde, referindo que eles podem ter medo de retaliação ou rejeição se percebem que os seus desejos e valores entram em conflito com os profissionais de saúde. Acrescenta que é comum os idosos ficarem intimidados pelo vocabulário sofisticado dos técnicos pelo que não expressão os seus desejos.

Koch (1996) realizou um estudo sobre o bem-estar dos idosos durante o internamento hospitalar. Os dados recolhidos através da conversação com os idosos levaram-na a concluir

que, como resultado dos cuidados de despersonalização a que foram submetidos por parte dos enfermeiros, os idosos expressam sentimentos de medo, dor, resignação, raiva e impotência, sofrem em silêncio e sentem que as enfermeiras não os apreciam.

Similarmente, o estudo de Pinheiro (1997) detectou vários sentimentos por parte dos idosos durante o seu internamento hospitalar, relativos aos cuidados de higiene realizados por enfermeiras. Esses sentimentos foram negativos e positivos, sendo que os negativos surgiram em maior número, encontrando insatisfação com: mal-estar, mágoa e tristeza; insegurança com: medo, choque e abandono; desvalorização com: inferioridade, despersonalização, vergonha e indiferença.

A rejeição e desvalorização de um grupo, por parte de outro, pode resultar na própria auto-rejeição e auto-desvalorização do grupo estereotipado - o idoso.

A conotação de doença, molda as atitudes de todos, até do próprio idoso, resultando em comportamentos de afastamento, redução da actividade e aumento da dependência, levando o idoso a experimentar insatisfação com a vida (Paúl, 1991).

Os estereótipos podem causar dificuldades ao grupo estereotipado (Manderino et al., 1987), podendo afectar a forma como o grupo estereotipado se percepçiona e avalia.

A percepção de concepções negativas sobre a velhice pode converter-se em auto-profecias, levando ao risco de as pessoas idosas se converterem em vítimas de ideias pré-concebidas sobre a forma como devem comportar-se (Ballesteros, 1992).

Surge assim uma assimilação do estereótipo onde o idoso se convence a si próprio. Deste modo, as atitudes negativas apresentadas pelos enfermeiros do estudo, podem ter uma influência negativa nos idosos, levando-os a incorporar as imagens negativas que os outros têm dele e produz-se assim um ciclo vicioso de *feed-backs* negativos (Gocchele, 1996).

Ao finalizar o estudo das atitudes implícitas no comportamento do enfermeiro para com o idoso e do comportamento deste face aos enfermeiros, observadas numa situação de cuidados, comentamos alguns aspectos que nos parecem pertinentes.

No nosso estudo, o comportamento do enfermeiro reflecte a ocorrência de mais atitudes negativas (das quais, destaque para o automorfismo social - não reconhecimento do idoso como ser diferente de todos os outros idosos (Berger, 1995)), do que positivas (doente respeitado como pessoa). Hummert, Gartska e Shanner (1997) referem que os estereótipos positivos ou negativos produzem correspondentes atitudes positivas ou negativas. Assim, afirmamos que o comportamento dos enfermeiros reflectiu a existência de mais estereótipos negativos do que positivos, similar aos estudos de Hummert (1999).

Os estereótipos sobre o idoso relacionam-se com a fonte de conhecimentos acessíveis a qualquer um, por vezes é inconsciente e depende da forma como os comportamentos são julgados socialmente. A exposição do indivíduo à informação social sobre um grupo social, leva-o a adquirir estereótipos implícitos, que inconscientemente influenciam a opinião e a actuação junto desse grupo (Banaji, 1993).

O enfermeiro como qualquer actor social é influenciado pela imagem negativa que a sociedade tem do idoso. Na cultura ocidental predominam imagens negativas sobre o idoso (Berger, 1995) pelo que as atitudes dos enfermeiros são o reflexo das da sociedade em geral.

Por um lado, os estereótipos sobre a idade são activados na interacção, uma vez que a percepção social sobre os traços físicos do idoso será o primeiro caminho para a activação dos estereótipos sobre ele (Hummert, 1999). Por outro lado, esses traços negativos podem ser associados aos idosos de forma involuntária, automática e inconsciente (Perdue e Gurtman, 1990). A comunicação também pode fazer emergir o estereótipo: através do estilo de discurso (verbosidade lenta, respostas passivas) e do comportamento não verbal do idoso (Compland, Henwood e Wiemann, 1990).

Além disso, o estereótipo sobre o idoso é expresso pelo tipo de comunicação oral empregue para com o idoso.

Tais acontecimentos manifestam-se durante a interacção do enfermeiro com o idoso - objecto do nosso estudo. Nela, o enfermeiro, ao prestar cuidados à pessoa envelhecida, confronta-se visualmente com a sua imagem, percepcionando os seus traços físicos, que activam os estereótipos negativos, que são reforçados pela comunicação estabelecida durante esse momento. Aliás foi notória a frequência do estilo de linguagem verbal dos enfermeiros empregue para com o idoso através das subcategorias: exerce autoridade, infantiliza e desvaloriza. Por sua vez, o idoso reagiu ao comportamento do enfermeiro para com ele, revelando vulnerabilidade (Berger, 1995) face aos que cuidam dele, adoptando uma resposta comportamental emocionalmente negativa mas preferencialmente inferior em termos de ocorrência. Deste modo, o estereótipo poderá afectar a forma como o idoso se percepçiona (Manderino, 1987).

Desta forma, o enfermeiro acredita que o comportamento que o idoso apresenta é como que um consentimento para fazer inferências consistentes com estereótipos negativos sobre a idade (Leyens et al., 1994) que por sua vez produzem correspondentes atitudes negativas que contribuem para manter estes estereótipos (Hummert, Gartska e Shaner 1997).

O uso de estereótipos negativos conduz ao idadismo (Richard, 1996), processo de discriminação sistemática do indivíduo em função da sua idade. O idadismo refere-se às atitudes prejudiciais e práticas discriminatórias face ao idoso (Butler, 1980) que reduz a oportunidade do idoso experimentar bem-estar porque reforçam a discriminação e o isolamento do idoso (Hummert, 1999). Desta forma, os enfermeiros do estudo, ao expressarem atitudes estereotipadas para com o idoso, na interacção com ele, poderão levar ao aumento da sua dependência. Os resultados do estudo confirmam que as atitudes dos cuidadores para com os idosos influenciam os cuidados (Robinson, 1993).

- Estudo das variáveis independentes e o comportamento do enfermeiro face ao idoso

Neste estudo, calculou-se a correlação entre as variáveis independentes e o comportamento dos enfermeiros.

Para obter uma medida de relação entre as variáveis, utilizou-se a coeficiente de correlação de Spearman.

Calculou-se a correlação entre as variáveis independentes (1. grupo etário do enfermeiros, 2. a sua categoria profissional, 3. tempo na categoria, 4. tempo na profissão e 5. serviço) e o comportamento do enfermeiro para com o idoso.

Encontrámos correlação significativa apenas entre as variáveis tempo na profissão e o serviço onde o enfermeiro trabalha com o comportamento assumido por ele.

Existe uma correlação significativa entre o tempo na profissão do enfermeiro e o seu comportamento desadequado ($r = .47$, $p = .0353$), o que significa que, com mais anos de experiência profissional, os enfermeiros têm comportamentos estereotipados.

Este resultado é similar ao encontrado no estudo de Smith, Jepson e Perloff (1982); os autores concluíram que os enfermeiros que têm entre 2 e 5 anos de experiência e mais de 13 anos têm atitudes mais positivas do que os que têm entre 6 e 13 anos de experiência profissional.

Os enfermeiros do nosso estudo, com média de 7.8 anos (D.P. = 6.5) de experiência profissional, apresentam também atitudes estereotipadas.

Também no estudo dos autores citados, os enfermeiros com 6 a 13 anos de experiência profissional têm atitudes mais estereotipadas.

Existe uma correlação significativa entre o serviço onde o enfermeiro trabalha e o comportamento desadequado assumido por ele ($r = .72$, $p = .002$).

Para explorar estatisticamente esta relação recorreu-se ao estudo da estatística descritiva para os comportamentos dos enfermeiros nos serviços onde exercem funções (serviços da área cirúrgica e serviços da área médica), que será apresentado no Quadro 36.

QUADRO 36

Estatística descritiva para o comportamento do enfermeiro pelos dois serviços

COMPORTAMENTO DESADEQUADO		P ₂₅	P ₇₅
Enfermeiros da área médica	n = 8	13	19
Enfermeiros da área cirúrgica	n = 12	19	85.5
COMPORTAMENTO ADEQUADO			
Enfermeiros da área médica	n = 8	6.5	18.5
Enfermeiros da área cirúrgica	n = 12	7.5	21

Assim, pelos valores alcançados nos percentis, verificamos que a ocorrência do comportamento desadequado dos enfermeiros da área cirúrgica ($P_{75} = 85.5$ e $P_{25} = 19$) é muito superior à ocorrência do mesmo tipo de comportamento dos enfermeiros da área médica ($P_{75} = 19$ e $P_{25} = 13$).

A ocorrência do comportamento adequado dos enfermeiros da área cirúrgica apresenta valores ligeiramente superiores de ocorrência desse comportamento ($P_{75} = 21$ e $P_{25} = 7.5$) relativamente aos enfermeiros da área médica ($P_{75} = 18.5$ e $P_{25} = 6.5$).

Podemos agora afirmar que os enfermeiros que trabalham na área cirúrgica apresentam maior ocorrência de comportamentos estereotipados que os enfermeiros que trabalha na área médica.

- Estudo do comportamento do enfermeiro para com o idoso e o comportamento do idoso face ao enfermeiro
- encontrou-se uma correlação significativa entre o comportamento desadequado do enfermeiro e o comportamento emocionalmente negativo do idoso ($r = .84$, $p < .0001$), o

- que significa que existe uma relação do comportamento do enfermeiro desadequado com a resposta do idoso, através do seu comportamento emocionalmente negativo (anexo 11)
- encontrou-se uma correlação significativa entre o comportamento adequado do enfermeiro e o positivo neutro do idoso ($r = .56$, $p = .0095$ e $r = .52$, $p = .0168$) o que significa que há uma relação entre o comportamento do enfermeiro adequado e a resposta do idoso com comportamento emocionalmente positivo e positivo neutro.

Para explorar estatisticamente essa relação, recorreu-se ao estudo da estatística descritiva.

No Quadro que se segue (37), apresenta-se a estatística descritiva para o comportamento do enfermeiro e para o comportamento do idoso, permitindo observar a ocorrência desses comportamentos.

QUADRO 37

Estatística descritiva para o comportamento do enfermeiro e comportamento do idoso

ENFERMEIROS	P ₂₅	P ₇₅
Comportamento adequado	7.5	20
Comportamento desadequado	18.5	65
IDOSOS		
Comportamento emocionalmente positivo	2.5	9.5
Positivo neutro	7	12
Negativo	7	17.5

Da observação do Quadro, e pelos valores obtidos nos percentis 75 e 25, verificamos que a resposta positiva neutra do idoso ao comportamento adequado do enfermeiros tem valores superiores ($P_{75} = 12$ e $P_{25} = 7$) que a resposta positiva do idoso ($P_{75} = 9.5$ e $P_{25} = 2.5$), ou seja, os idosos respondem menos com respostas francamente positivas, optando pelas respostas mais neutra positivas.

Similarmente, em relação ao comportamento desadequado do enfermeiro para com o idoso, a sua ocorrência é muito superior ($P_{75} = 65$ e $P_{25} = 18.5$) à ocorrência da resposta

emocional negativa do idoso ($P_{75} = 17.5$ e $P_{25} = 7$) revelando que apesar do idoso responder da mesma forma, fá-lo em número muito inferior.

Estes resultados apontam no sentido de que os idosos são vulneráveis aos comportamentos que os outros manifestam para com eles, optando por uma resposta comportamental menos intensa, de forma a obter os cuidados que precisam dos outros (Hétu, 1988). Por isso têm menos poder e controlo que a enfermeira durante a interacção (Jarrett e Payne, 1995), o que remete para o exercício do "poder aberto" (Hewison, 1995).

- Estudo do total da Escala (negativa e positiva) de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas e o comportamento observado do enfermeiro face ao idoso.

Encontrámos uma correlação significativa entre o total da escala positiva e o comportamento adequado do enfermeiro ($r = .56$, $p = .0100$), o que significa que existe uma relação entre os valores baixos da escala (que correspondem a atitudes mais positivas) e o comportamento positivo observado. Estes resultados revelam que há concordância entre as atitudes inferidas a partir do comportamento observado (Jaspers, 1996) e a resposta dos enfermeiros expressa em termos quantitativos às afirmações da escala contidas no questionário (Alexandre, 1971).

- Estudo das variáveis independentes e as atitudes dos enfermeiros para com os idosos (através da resposta na Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas).

As associações entre a categoria profissional e os resultados na escala negativa e positiva foram testadas usando o teste Mann - Whitney U.

Há diferenças significativas entre a categoria profissional e o total obtido na escala positiva ($u = 21$, $z = -2.08$, $p < .03$, $n = 20$). Estes resultados revelam que há diferenças

significativas na forma como o enfermeiro e o enfermeiro graduado (2 categorias profissionais) respondem à escala positiva.

Não se encontraram diferenças significativas entre as outras variáveis independentes (grupo etário, serviço, tempo na profissão e tempo na categoria) e as atitudes dos enfermeiros.

- Estudo das atitudes dos enfermeiros face à velhice

A partir da pergunta aberta: "O que é para mim a velhice?", encontrámos 7 tipos de resposta:

- 1- a velhice como privilégio, uma experiência boa, rica e agradável de se viver, após uma vida de trabalho. Maior disponibilidade para concretizar projectos do passado e para convívio com familiares e amigos;
- 2- velhice como experiência má, triste e com sofrimento. Fase caracterizada por perdas a todos os níveis, por medo, cansaço, dependência, solidão e doença. Peso para a família, alvo de sentimentos desvalorizantes por parte dos jovens;
- 3- velhice como uma fase resultante da vivência de muito anos e da acumulação das várias experiências;
- 4- velhice como o final da vida e a aproximação da morte e preparação para uma eventual vida extra terrena;
- 5- velhice como um período reflexivo. Olhar para o passado, sobre o que se foi, o que gostaria de ter sido, assim como para o que se fez e o que gostaria de ter feito;
- 6- velhice como uma vivência ambivalente, dependente de várias condições. Fase da vida agradável se houver condições para o bem-estar a todos os níveis e ao contrário se não estiverem reunidas essas condições;
- 7- velhice como um período de vida em que deve haver preparação para o futuro que inevitavelmente chegará.

No Quadro 38 apresentamos a distribuição nos conteúdos das respostas dadas pelos enfermeiros à forma como percebem a velhice¹⁶. Os 19 enfermeiros responderam com mais do que um conteúdo¹⁷.

QUADRO 38

Distribuição das respostas dos enfermeiros pelos diferentes tipos de conteúdo relativamente à velhice

CONTEÚDOS DAS RESPOSTAS	Frequência	Percentagem
Privilégio	10	52.63
Experiência má	12	63.15
Vivência	13	68.4
Final de vida	4	21
Reflexão	1	5.26
Ambivalência	19	42
Preparação	5	26.3

Pela observação do Quadro 38, verificamos que a percepção da velhice como uma fase resultante da vivência dos anos já passados é a resposta mais frequente (68,4%). Segue-se a resposta, embora com percentagem ligeiramente inferior (63.15%), à percepção da velhice como uma fase da vida que corresponde a uma experiência má e só depois a resposta à percepção da velhice como um privilégio (52.63%), traduzido por uma fase na qual existe maior disponibilidade para concretizar projectos, que advêm do passado, e para o convívio com os outros.

A velhice, ao ser percebida pelos enfermeiros como uma fase má da vida e sendo a frequência deste tipo de respostas bastante alta, remete para a vivência com que este grupo depara no seu quotidiano profissional (prestação directa de cuidados) em que encontram idosos, doentes com o inerente declínio aos vários níveis: auto-regulação biológica, psíquico e

¹⁶ Note-se que cada enfermeiro podia referir na sua resposta mais do que um conteúdo.

¹⁷ Dos 20 enfermeiros do estudo, houve 1 enfermeiro que não respondeu à pergunta aberta: "O que é para mim a velhice?"

social e declínio das capacidades em geral (Birren e Schaie, 1990) que os torna dependentes dos cuidados de terceiros.

No contexto hospitalar é frequente os familiares abandonarem os idosos sob a responsabilidade do hospital pela impossibilidade de tomá-lo a seu cargo, pelo fardo que representam para a sua vida viver com um idoso, daí que muitas vezes o destino do idoso cabe ao hospital, sendo a alternativa a institucionalização em lares.

A velhice percebida como fase de declínio tem associado dois aspectos que consideramos pertinentes: o enfermeiro não constata a evolução do estado de saúde do idoso tão rápido como no jovem devido à lentidão no processo de recuperação de situações agudas (Borges et al., 2000). Por outro lado, o enfermeiro ao cuidar do idoso tem a percepção da velhice no outro que o leva ao confronto com o declínio físico, psicológico, com a dependência, a doença e a morte, que inevitavelmente, devido ao percurso natural da vida, lhe irá acontecer num futuro mais ou menos próximo.

Provavelmente a vivência directa do enfermeiro com os problemas reais e frequentes do idoso, leva ao emergir da preocupação em dar início à preparação da velhice, daí que a resposta à percepção da velhice como uma fase que deve ser preparada, tenha surgido com relativa frequência.

De facto, a preparação da velhice deverá fazer-se ao nível financeiro, físico, intelectual e social. Ao nível financeiro, por vezes a única fonte de rendimento do idoso é a reforma, cujo valor está em geral abaixo do rendimento *per capita*. Assim, surge a importância de ainda numa fase activa prevenir as possíveis necessidades financeiras, através da realização de planos de reforma, apropriação de bens imóveis, nomeadamente, uma casa própria.

A preparação da velhice ao nível físico está relacionada com toda a educação para a saúde que leva à aquisição de bons hábitos de vida, visando um bom estado de saúde na terceira idade. A adopção de comportamentos saudáveis, preconizados pela Direcção Geral de

Saúde (1996) são: sono e repouso adequados, prática de exercício físico, hábitos de higiene salutar, alimentação saudável, vigilância periódica da saúde e evitar o abuso do álcool.

A importância da preparação da velhice ao nível intelectual incide sobre a realização de actividades específicas para esse fim, como por exemplo as que estimulam a memória (leitura e escrita), as diversões (*hobbies*) assim como os contactos sociais.

O papel do idoso pode alterar-se consoante este grupo social influencia a sociedade em que está inserido. Brissos (1992) refere que as sociedades modernas dão muito valor à juventude, símbolo do progresso, desvalorizando as tradições e as experiências dos mais antigos, o que vai influenciar o estatuto dos idosos nas nossas sociedades. Assim, a preparação da velhice ao nível social passa por uma reforma a vários níveis, de forma a que se dê a oportunidade ao idoso de rentabilizar as suas capacidades, de modo a desempenhar ainda um papel activo na sociedade.

No estudo realizado por Duarte Silva e Peralta (2000), as autoras encontraram conteúdos de resposta idêntica para a percepção da velhice, numa amostra de 112 idosos (com idades compreendidas entre 65 e 93 anos). No entanto, em vez da resposta preparação para a velhice, encontraram a negação da própria velhice, apesar da vivência actual nessa fase. Embora os enfermeiros (com 31 anos de idade média) se encontram numa fase de desenvolvimento que precede a da velhice, esboçam uma preocupação com o seu futuro, provavelmente pelo contacto frequente com este grupo etário a quem prestam cuidados. Tratando-se de um grupo de enfermeiros jovens em plena vida profissional activa (média na profissão é de 7.8 anos) leva à ocorrência significativa (52.63%) de respostas sobre a percepção da velhice como uma fase privilegiada. Provavelmente a pouca disponibilidade actual de tempo devido ao quotidiano da vida activa (ocupação profissional, a família e a casa) leva a pensar na velhice como uma fase da vida (a suposta idade da reforma) com

disponibilidade para a concretização de projectos de vida para os quais não há actualmente tempo, assim como, para o convívio com familiares e amigos.

Não existe correlação significativa entre a atitude dos enfermeiros face à velhice e qualquer uma das variáveis independentes e com o comportamento desadequado/adequado do enfermeiro observado, para com o idoso.

5.2.3- CONCLUSÕES

Os resultados alcançados pelos enfermeiros na Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas revela semelhança com os resultados alcançados pelos enfermeiros do estudo 1. No entanto, os enfermeiros do estudo 2 têm atitudes mais desfavoráveis quanto à ocupação do espaço habitacional por um grupo heterogéneo de idades e atitudes neutras quanto à homogeneidade dos idosos enquanto grupo. Inversamente, têm atitudes mais favoráveis que os enfermeiros do estudo 1 ao contemplarem a capacidade crítica do idoso assim como a sua menor dependência emocional.

No estudo da observação do comportamento do enfermeiro com o idoso, concluímos que o comportamento do enfermeiro reflectia a ocorrência de mais atitudes negativas - doente objecto - com 5 subcategorias (ignora, trabalha mecanicamente, exerce a autoridade, infantilizam, desvaloriza) do que as atitudes positivas - doente pessoa - com 1 subcategoria (respeito).

Similarmente, o estudo de Lookinland e Anson (1995) sobre atitudes de estudantes e profissionais de enfermagem para com os idosos, revelou que estas eram predominantemente negativas. Estas atitudes negativas encontraram correspondência nos estereótipos negativos (Hummert, Gartska e Shaner, 1997). Os resultados do nosso estudo são coincidentes com os

resultados encontrados por Hummert (1999): o comportamento das pessoas para com o idoso reflecte a existência de mais estereótipos negativos do que positivos.

Estes estereótipos podem ser adquiridos pela assimilação das imagens negativas da sociedade (Berger, 1995) e na interacção com o idoso são activadas pela presença física deste, através da percepção de traços físicos (Hummert, 1999) os quais são associados ao idoso de forma involuntária, automática e inconsciente (Perdue e Gurtman, 1990). Por outro lado, a comunicação desenvolvida durante essa interacção tem um papel preponderante também na activação desses estereótipos pelo discurso e comportamento não verbal do idoso (Compland, Henwood e Wiemann, 1990) e pela linguagem empregue pelo enfermeiro. De facto, os enfermeiros do estudo empregaram linguagem verbal que aparece em 3 das subcategorias: exerce a autoridade, infantiliza e desvaloriza.

Estes resultados são coincidentes com os de Ryan, Meredith e Schantz (1994), os quais concluíram no seu estudo que a linguagem dos técnicos empregue para com os idosos era desprestigiante e humilhante. O tipo de linguagem verbal empregue pelos enfermeiros durante a interacção com o idoso envolveu o exercício do "poder aberto" (Hewison, 1995) por parte dos enfermeiros. Durante a interacção, o idoso teve menos oportunidade de expor as suas opiniões (Jarrett e Payne, 1995) ficando numa posição de inferioridade na relação, como de submissão, insatisfação ou recusa (comportamento emocionalmente negativo aos cuidados).

Os idosos revelaram que são vulneráveis ao comportamento que os outros manifestam para com eles (Berger, 1995), revelando que adoptam, mais ou menos conscientemente, o papel de vítima impotente de forma a obter dos outros a atenção e cuidados que precisam (Hétu, 1988). Os resultados obtidos pela observação do comportamento do idoso, revelam que existem relações recíprocas entre as atitudes dos enfermeiros e a dos beneficiários (Berger, 1995). De facto, os idosos do estudo reagiram aos cuidados com comportamento

emocionalmente negativo - com 3 subcategorias: insatisfação, submissão e recusa;
emocionalmente positivo neutro: - com 2 subcategorias: admiração e indiferença,
emocionalmente positivo - com 2 subcategorias: colaboração e satisfação e com
comportamento emocionalmente neutro - com 1 subcategoria: observa.

Estes resultados são similares aos encontrados por Koch (1996) e Pinheiro (1997) nos estudos sobre as reacções dos idosos aos cuidados prestados por enfermeiros.

Esta reciprocidade entre o comportamento do enfermeiro e o do idoso, durante a interacção, leva a que o enfermeiro acredite que o comportamento que o idoso apresenta é como que um consentimento para fazer inferências consistentes com estereótipos negativos sobre a idade (Leyens, 1994), que por sua vez produzem correspondentes atitudes negativas que contribuem para a sua manutenção (Hummert, Gartska e Shaner, 1997). Assim, gera-se um ciclo de *feed-backs* negativos (Gocchele, 1996) que levam ao aumento da dependência do idoso, que de nenhuma forma o ajuda na promoção da sua autonomia.

A análise estatística dos dados da observação do comportamento do enfermeiro para com o idoso e deste para com o enfermeiro, permitiu validar as hipóteses colocadas para este estudo.

Os resultados sustentam que duas características sócio - demográficas - tempo na profissão e serviço onde os enfermeiros trabalham- influenciam as atitudes dos enfermeiros para com os idosos, quando lhes prestam cuidados.

Assim, os resultados suportam a hipótese de que existe uma associação entre o comportamento do enfermeiro para com o idoso e o serviço onde ele exerce funções, verificando-se que esse comportamento ocorre mais vezes como estereotipado nos enfermeiros que trabalham no serviço da área cirúrgica do que nos enfermeiros que trabalham na área médica.

Os resultados suportam também a hipótese de que existe uma associação entre o comportamento do enfermeiro para com o idoso e o tempo exercido na sua profissão. Os resultados encontrados no nosso estudo são coincidentes com os resultados do estudo de Smith, Jepson e Perloff (1982). Os enfermeiros do nosso estudo, com idade média de 7.8 anos (D.P. = 6.5) de experiência profissional, apresentam atitudes menos positivas. Tal como o estudo dos autores, os enfermeiros com 6 a 13 anos de experiência profissional têm atitudes muito positivas. Assim, verificamos que o factor grupo etário e serviço onde o enfermeiro trabalha influenciam a atitude para com os idosos e tal como o estudo de Astle (1999) revelou, a existência de mais que um factor na influência dessas atitudes (nomeadamente, anos de profissão).

No entanto, os dados não suportam a hipótese de que existe associação entre o comportamento do enfermeiro para com o idoso e as outras características sócio - demográficas: o seu grupo etário, a categoria profissional e tempo na mesma.

Os resultados suportam a hipótese de que existe associação entre o comportamento do enfermeiro para com o idoso e as respostas comportamentais do idoso. De facto, verificou-se associação entre o comportamento estereotipado do enfermeiro e o comportamento emocionalmente negativo do idoso, assim como entre o comportamento adequado do enfermeiro e o comportamento emocionalmente positivo e positivo neutro do idoso.

Os dados apontam para a vulnerabilidade do idoso face ao comportamento dos outros (Berger, 1995), aspecto que reenvia para a posição de inferioridade na interacção com o enfermeiro (Jarrett e Payne, 1995), dando a possibilidade deste manifestar o exercício do "poder aberto" (Hewison, 1995).

Os dados suportam a hipótese que existe uma associação entre os resultados obtidos na Escala de Atitudes de Kogan para com Pessoas Idosas (apenas na escala positiva) pelos enfermeiros e o seu comportamento em situação de cuidados. Os resultados permitem afirmar

que há concordância entre as atitudes positivas do enfermeiro expressas em termos quantitativos na escala positiva e as atitudes positivas inferidas a partir do comportamento observado.

No entanto, os resultados sustentam que a característica sócio -demográfica categoria profissional influencia o total da escala positiva. Contudo, os resultados não suportam a hipótese de que há associação entre os resultados obtidos na Escala AKPI e as características sócio - demográficas: grupo etário do enfermeiro, tempo na categoria, tempo na profissão e serviço onde exercem funções.

Os resultados não suportam a hipótese de que as atitudes dos enfermeiros para com os idosos variam de acordo com a sua atitude face à velhice.

No entanto, os resultados revelam que a resposta mais frequente sobre a percepção da velhice é encará-la como uma fase resultante da vivência dos anos passados. Seguiu-se a resposta, em termos de frequência, da velhice como uma experiência má, que poderá resultar do contacto com os problemas reais do idoso, com os quais se depara e com o confronto com o declínio aos vários níveis, a doença e a morte que inevitavelmente lhe irá acontecer.

Enquanto no seu estudo, Duarte Silva e Peralta (2000) encontraram a resposta negação à velhice, na percepção da velhice num grupo de idosos, o nosso estudo com o grupo de enfermeiros jovens, encontrámos, com frequência, nas respostas, referência à preparação da velhice, denotando alguma preocupação em programar a preparação da sua aproximação.

Também encontrámos significativa frequência de respostas à percepção da velhice, como uma fase de privilégio, durante a qual ocorre disponibilidade para a realização de projectos que não foram concretizados.

6. CONCLUSÕES GERAIS

Cada vez mais é imposto aos serviços de saúde e à profissão de enfermagem, o atendimento de pessoas envelhecidas. Nesta dissertação pretendemos explorar as atitudes dos enfermeiros para com os idosos, conhecer a influência das características sócio - demográficas e psicossociais dos enfermeiros nessas atitudes e quais as respectivas repercussões nos cuidados que eles prestam.

Assim, tornou-se necessário realizar a adaptação para a população Portuguesa de um instrumento que avaliasse as atitudes para com os idosos. Procedeu-se à adaptação da Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas (EAKPI), cujos resultados foram satisfatórios mas sugerem a prossecução de mais estudo, particularmente no que diz respeito à validação e estrutura factorial do instrumento.

No que diz respeito à investigação com enfermeiros, os resultados por eles alcançados no que denominámos estudo 1 revelam que as suas atitudes são ligeiramente mais favoráveis que as dos sujeitos da amostra do estudo do instrumento. Assim:

- os enfermeiros apresentam atitude favorável quanto ao facto de os idosos se manterem nas suas casas, serem capazes de auto - cuidado, viverem nos mesmos prédios juntamente com pessoas de outras idades, tornando a zona residencial agradável pela presença de uma população etária heterogénea. Deste modo, a atitude do enfermeiro também é favorável face à presença do idoso, mas a relação com ele provoca, no entanto, uma atitude ambivalente ao enfermeiro.
- as atitudes face à escuta das histórias do passado do idoso são também favoráveis, no entanto, perante a posição de afirmação do idoso numa postura crítica face às suas opiniões, manifestam uma atitude estereotipada.

- a atitude é favorável na percepção das pessoas envelhecidas como um grupo homogéneo, mas estereotipada ao considerarem-nos dependentes ao nível afectivo e emocional assim como diminuídos nas capacidades cognitivas e adaptativas.
- por último, apresentam atitude estereotipada quanto à forma como concebem a aparência física do idoso mas bastante favorável quanto à personalidade do mesmo.

As características sócio - demográficas e psicossociais do enfermeiro nomeadamente, grupo etário, habilitações académicas, área em que os enfermeiros exercem funções, categoria profissional e o seu local de trabalho, influenciam as atitudes dos enfermeiros, evidenciando a existência de mais que um factor nas suas atitudes, similarmente ao estudo de Astle (1999). Deste modo, no grupo dos enfermeiros com idades entre os 40 e os 49 anos, existem mais enfermeiros com atitudes positivas do que enfermeiros com atitudes negativas, contrariamente às conclusões do estudo de Taylor e Harmed (1978). No grupo dos enfermeiros que têm mais habilitações académicas são mais os enfermeiros com atitudes positivas do que os com atitudes negativas. No que grupo que trabalha na prestação de cuidados são mais os enfermeiros que apresentam atitudes negativas do que os que apresentam atitudes positivas. Similarmente, os enfermeiros cuja categoria profissional equivale a prestar cuidados directos ao doente (enfermeiro e enfermeiro graduado) são mais os enfermeiros com atitudes negativas do que os que têm atitudes positivas. E no grupo de enfermeiros que trabalham nas Escolas de Enfermagem são mais os enfermeiros que têm atitudes positivas do que os que têm atitudes negativas.

Pela caracterização dos enfermeiros que apresentam atitudes mais positivas, verifica-se que estes são mais velhos, possuem mais habilitações académicas, são professores de enfermagem e enfermeiros especialistas, exercem funções na área da docência, trabalham mais tempo na profissão, na categoria e no actual serviço.

Por outro lado, aqueles que apresentam atitudes mais negativas são mais novos, possuem menos habilitações literárias, são enfermeiros graduados, exercem funções na prestação directa de cuidados, trabalham no Hospital, têm menos tempo na profissão, na categoria e no actual serviço.

Quanto ao estudo 2, verificamos que as atitudes demonstradas nas respostas à Escala de AKPI são semelhantes às dos enfermeiros do estudo 1.

Também nestes enfermeiros se identifica a existência de duas características sócio - demográficas - tempo na profissão e serviço onde trabalham que influenciam as suas atitudes. A forma como estes enfermeiros percebem a velhice não influencia as suas atitudes para com os idosos.

Da observação do comportamento durante a interacção do enfermeiro com o idoso, concluímos que o comportamento deste reflecte a ocorrência de mais atitudes negativas - doente objecto, com 5 subcategorias (ignora, trabalha mecanicamente, exerce a autoridade, infantiliza, desvaloriza) do que atitudes positivas - doente pessoa - com 1 subcategoria (respeito). Estas atitudes encontram correspondências nos estereótipos negativos (Hummert, Gartska e Shaner, 1997). Assim, o comportamento dos enfermeiros para com o idoso reflecte a existência de mais estereótipos negativos do que positivos, como preconizado por Hummert (1999) acerca do comportamento das pessoas para com os idosos.

As atitudes negativas dos enfermeiros podem ter um efeito adverso nos cuidados prestados (Robinson, 1993) quer pelo comportamento estereotipado do enfermeiro para com o idoso durante a interacção, quer pela influência desse comportamento no próprio idoso: os estereótipos podem afectar a forma como os membros do grupo estereotipado se percebem e se avaliam (Manderino et al., 1987).

Os resultados obtidos pela observação do comportamento do idoso revelam que existem relações recíprocas entre as atitudes dos enfermeiros e a dos doentes idosos, como Berger (1995) refere na sua investigação. De facto, os idosos do estudo reagiram ao comportamento do enfermeiro com comportamento emocionalmente negativo - com 3 subcategorias: insatisfação, submissão e recusa; emocionalmente positivo - neutro - com 2 subcategorias: admiração e indiferença; emocionalmente positivo - com 2 subcategorias: colaboração e satisfação e com comportamento emocionalmente neutro - com uma subcategoria - observa.

Os estereótipos sobre a idade são activados na interacção social (Hummert, 1999). Os traços faciais estão ligados à percepção de cada indivíduo sobre a idade. Se por um lado os estereótipos negativos sobre o idoso são expressos pelo tipo de comunicação empregue para com o idoso, por outro, o tipo de comunicação pode fazer emergir os estereótipos (Compland, Henwood e Wiemann, 1990).

O próprio comportamento do idoso contribui para a activação do estereótipo sobre a idade por parte do enfermeiro que acredita que o comportamento do idoso é um consentimento para fazer inferências consistentes com estereótipos negativos sobre a idade (Leyens et al., 1994). Esta reciprocidade, leva a um ciclo de comportamentos com repercussões nefastas para o idoso.

Os resultados do estudo sobre a existência de atitudes estereotipadas, não só nas respostas às questões da Escala AKPI mas também e ainda mais evidentes no comportamento de interacção do enfermeiro para com o idoso (estudo 2), vem aconselhar uma intervenção no sentido da mudança de tais atitudes, uma vez que elas são mais frequentes entre os enfermeiros na prestação directa de cuidados, que são os que contactam mais com o doente idoso, e que têm repercussões na qualidade do tipo de cuidados que prestam. Este aspecto toma ainda importância relevante, porque a formação e a mudança de atitudes acontecem devido à interacção social com a experiência pessoal directa e indirecta em relações

fundamentais e significativas a partir de nova informação. Assim, informação mais específica sobre o idoso, processo de envelhecimento e contexto em que ocorre a interacção poderá diminuir os estereótipos negativos assim como mitos contraditórios sobre o envelhecimento e promover o processo de mudança de atitudes (Vasil et al., 1993).

Os resultados do estudo, poderão fundamentar a importância do papel do psicólogo junto deste grupo profissional, no sentido de contribuir para a mudança das atitudes estereotipadas dos enfermeiros para com os idosos. Este contributo poderá consistir em:

- ajudar os enfermeiros a analisar o seu sistema de crenças e a compará-lo com atitudes sociais e percepções acerca dos idosos, assim como analisar a implicação nos cuidados que lhes prestam.
- ajudá-los a reflectir sobre medos acerca do seu próprio envelhecimento e a confrontarem-se com esses medos, ultrapassando ou controlando sentimentos desagradáveis, empenhando-se no caminho do crescimento pessoal, podendo atingir um nível de funcionamento mais adequado.
- ajudá-los a reflectir e a clarificar a sua concepção de cuidados de enfermagem a pessoas idosas e qual o efeito da rotina no estilo de cuidados que prestam.
- ajudá-los a desenvolver competências ao nível da comunicação, empatia, escuta e sobre a linguagem do corpo para conhecerem em pormenor o idoso que cuidam.

Em termos de formação dos enfermeiros, estes resultados revelam a necessária informação ao nível do currículo dos Cursos de Enfermagem, que incida sobre o processo de envelhecimento. Deve ser-lhes proporcionado um contacto inicial com idosos saudáveis, adaptados ao processo de envelhecimento, que controlem a qualidade das suas vidas, uma vez que a noção de desenvolvimento do indivíduo idoso, associado às suas experiências de vida, pode enfraquecer o estereótipo sobre o idoso aquando da interacção para com ele (Hummert, 1999).

7. REFERÊNCIAS

- AJZEN, I. & FISHBEIN, M., (1988). Beliefs, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to theory and research. Reading, Massachusetts: Addison - Wesley Publishing Co.
- AJZEN, I. & FISHBEIN, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior London: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.
- ALEXANDRE, V. (1971). Les échelles d'attitudes. Paris: Ed. Universitaires
- ALLPORT, G. (1954). The Nature of Prejudice. Reading Massachusetts. Addison - Wesley Publishing Co.
- ANGIULLO, L., WHITBOURNE, S.K. & POWERS, C. (1996). The effects of instruction and experience on college students' attitudes toward the elderly. *Educational Gerontology*, 22, 483 - 495
- ANSELLO, E.F. (1991) Aging issues for the year 2000 *Caring Magazine*, 4 - 12
- ANSHERMAN, J.A., WHITE, D.M., & SCHENIER, T.C. (1991). Junior high health teachers' knowledge and attitudes about aging and implementation of aging education. *Educational Gerontology*, 17, 391 - 401
- ARMSTRONG, D. (1983). Political Anatomy of the Body. Medical knowledge in Britain in the Twentieth Century. Cambridge University Press, Cambridge.
- ASTLE, F. (1999). Factors Influencing the attitudes of health Care workers toward the institutionalised elderly. [CD-ROM] Abstract from: PsycINFO: Dissertação Abstracts Item: 95002 - 259
- BALLESTEROS, F. (1992). Mitos y realidades sobre la vejez y la salud. Madrid: SG Editoras S.A. Fundación caja de Madrid.

- BALTES, P.B. (1987). Theoretical propositions of life - span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611 - 626
- BANAJI, M.R., HARDIN, C. & ROTHMAN, A.J. (1993) - Implicit Stereotyping in Person Judgment. - *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 272-281.
- BARDIN, L. (1997). - *Análise de conteúdo* - Lisboa, Edições 70.
- BARROW, G.M. (1995) *Aging, the individual & society*. Minneapolis, MN: West Publishing
- BECK, C. (1996) - Nursing students' experiences caring for cognitively impaired elderly people - *Journal of Advanced Nursing*, 23, 32-38.
- BENEDICT, S. (1999) - Factors Affecting Attitudes and Attitude change Toward older Adults and the aging process. [CD - ROM]. Abstract from: PsycINFO: Dissertação Abstract Item: 95020 - 420
- BERGER, L. (1995). *Pessoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- BIRREN, J. & SCHAE, W. (1990). *Handbook of the psychology of aging*-(Third edition) San Diego, California. Academic Press.
- BIZE, P. e VALIER, C.(1985) - *Uma Vida Nova: a terceira Idade*. Lisboa.
- BOLAND, S. & SCHMIDT, B. (1986) - Structure of Perceptions of Older Adults: Evidence for Multiple Stereotypes - *Psychology and Aging*, 1, 255-260.
- BORGES, L., REIS, E., & GORJÃO, C. (2000). O impacto do internamento nas funções cognitivas e emocionais do doente idoso. *Geriatrics* 128, 36 – 42.
- BRAITHWAITE, V., LYND-STEVENSON. R. & PIGRAM, D. (1993). An empirical study of ageism: From polemics to scientific utility. *Australian Psychologist*, 28 (1), 9 - 15

BRENNER, P. & WRUBEL, J. (1989). The primacy of caring. Stress and coping in Health and Illness. Addison - Wesley, Menlo Park, California

BREWER, M.B., DULL, V. & LUI, L. (1981). Perceptions of the elderly: Stereotypes as prototypes. *Journal of personality and Social Psychology*, 41, 656 - 670

BREWER, M. & LUI, L. (1984). Categorization of the elderly by the elderly. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10, 585 - 595.

BRISSOS, A. (1992) . Envelhecimento –Algumas considerações do ponto de vista sociológico. *Servir*. Lisboa ,40,16-31.

BROWER, H.T. (1985). Do nurses stereotype the aged? *Journal of Gerontological Nursing*, 11, 17 - 28.

BUTLER, (1994). Dispelling ageism : The cross – cutting Intervention. In Enright, R. *Perspectives in Social Gerontology* (3 – 23) . Allyn and Bacon. Needham Heights, Massachusetts.

BUTLER, R. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 243-246

BUTLER, R. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*,36, 8-11.

BUTLER, R. (1987). Ageism. In G.L. Maddox (Ed.) *The Encyclopedia of aging*. New York: Springer

BUTLER, R. (1990). The tragedy of old age in America, in P.R. Lee & C.L. Estes (Eds.). *The nations health* (pp. 363 - 373). Boston: Jones & Bartlett.

CABETE, D. (1997) - De que é que nós temos medo?... à procura das razões que levam os enfermeiros a não tomarem a iniciativa de falar com os familiares dos doentes internados na hora da visita!. Trabalho de investigação no âmbito do 1º CESE Saúde do idoso e Geriátrica. E.S.E.F.G., Lisboa.

CARMEL, S., CWIKEL, J., & GALINSKY, D. (1992) Changes in knowledge, attitudes, and work preferences following courses in gerontology among medical, nursing, and social work students. *Educational Gerontology*, 18, 329 - 342

CHALIFOUR, J. (1989) - La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique - Humaniste, Bom Cherville, Gartan Morin.

COMPLAND, N., HENWOOD, K., COMPLAND, J. & WIEMANN (1990). Accommodating troubles - talk: the young's management of elderly self disclosure. In G.M. McGregor & R. White (Eds.), *Reception and response: Hearer creativity and the analysis of spoken and written texts* (pp. 112 - 144) London: Croom Helm.

COSTA, M. (2000). Novos desafios para a excelência dos cuidados de Enfermagem. *Servir*, 48, 5-10.

CROCKETT, W. & HUMMERT, M. (1987). Perceptions of aging and the elderly. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 7, 218-241

CULTER, S.J. (1987). Attitudes. In G.L. Maddox (Ed.) *The encyclopedia of aging*. New York: Springer Publishing Co.

DARWAY, A.J. (1994). (Ed.) *Statistical record of older Americans*. New York: Dale Research Inc.

DAVIS, J.A. (1988). A student perspective on growing old. *Educational Gerontology*, 14, 525 - 537

DELLASEGA, C., & CURRIERO, F.E. (1991) The effects of institutional and community experiences on nursing students intentions toward work with the elderly. *Journal of Nursing Education*, 30, 405 - 410

DILLARD, B-G- & FEATHER, B.L. (1991). Attitudes of in - home care aides toward elderly persons: refinement of the Oberleder Attitude Scale. *Perceptual and motor skills*, 69, 1103 - 1106

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Conserve-se em forma na idade avançada. Autocuidados na Saúde e na doença, - Guias para pessoas idosas - Comissão Nacional Política Terceira Idade. Lisboa : Ed. M.S./D.G.S.

DOOLEY, S., & FRANKEL, B.G. (1990). Improving attitudes toward elderly people: Evaluation of an intervention program for adolescents. *Canadian Journal on Aging*, 9 (4), 400 - 409

DOKA, K.J. (1986). Adolescent attitude and beliefs toward aging and the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 12, 173 - 187.

DUARTE SILVA, M.E. (1996) - Um Psicólogo num Centro de dia para 3ª idade: relato de uma experiência - *Geriatrics*, IX, 14-29.

DUARTE SILVA, M.E. & PERALTA, E. (2000) Perspectivas da velhice em idosos com diferentes situações de vida. Comunicação apresentada no I Congresso Hispano Português de Psicologia, Santiago de Compostela, Espanha.

DYSON, J. (1996) - Nurses' conceptualizations of caring attitudes and behaviours - *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1263-1269.

EAGLY, H. & CHAIKEN, S. (1993). The Psychology of attitudes. Florida: Harcourt Brace Jovanovich.

EGAN, G. (1986). Communication dans la relation d'aide. Quebec: s.n.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE FRANCISCO GENTIL (1995) - Quadro de Referência - Lisboa.

- ESTES, C.L., & BINNEY, E.A. (1989) The biomedicalization of aging: Dangers and dilemmas. *The Gerontologist*, 29, 587 - 596
- EVANS, L. (1996) - Knowing the patient: the route to individualized care - *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 15-18.
- FAULKNER, M. (1980): Communication and the nurse. *Nursing times*, 76, 93 - 95
- FEATHERSTONE M. (1995) - Images of Aging. Cultural Representations of Later Life - *Análise Psicológica*, nº 2/3, série XIV, 182-183.
- FIELO, S.& WARREN, S. (1997) - Sexual Expression in a very old Man: A Nursing Approach to care - *Geriatric Nursing*, 18, 61-64.
- FISKE, S.T. & NEUBERG, S.L. (1990). A continuum model of impression formation from category - based to individuality process: influence of information and motivation on attention and interpretation. in M.P. Zanna (Ed.). *Advances in experimental social psychology*, 23, 1 - 74.
- FONER, N. (1994) Nursing home aide: Saints or monsters. *The Gerontologist*, 34, 245 - 250
- FORD, P.;HAZEL, H. (1996) - Older people and nursing: issues of living in a care home - Butherworth, Heinemann.
- FRIED, J., VAN BOOREN, D. & MACQUARRIE, C. (1993). Older adulthood. *Learning activities for understanding aging*. Baltimore: Health Professions Press.
- GATZ, M. & PEARSON, C.G. (1988). Ageism revised and the provision of Psychological Services. *American Psychologist*, 43, 184 - 188.

- GEKOSKI, W. & KNOX, J. (1990). Ageism on healthism? Perception based on Age and Health Status. *Journal of Aging and Health*, 1, 15 - 27.
- GERBER, L. (1995) - Ethics and caring: Cornerstones of Nursing Geriatric Case Management - *Journal of Gerontological Nursing*, 21, 15-19.
- GIL, C. (1994) - Métodos e Técnicas de Pesquisa Social - 4ª edição, São Paulo: Editora Atlas, S.A.
- GOCCHELE, M. (1996) - Images de la Personne Âgée et Communication. Bulletin EURAG - Pays de Langues Romanes. Turin.
- GOULÃO, M. (1994). Estudo da relação entre as atitudes, capacidade de “correr risco” e a aprendizagem do Português, língua estrangeira, em aprendentes adultos, estrangeiros. Tese de Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional . ISPA. Lisboa.
- HAMILTON, D. & SHERMAN, J. (1994). Stereotypes. In R.S. Wyer, Jr. e T.K. Srull (Eds.), *Handbook of Social Cognition* (2ª ed., vol. 2, pp. 1- 68). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- HAPP, M.; WILLIAMS, C.; STRUMPF N. & BURGER, S. (1996) - Individualized Care for frail elders: Theory and Practice - *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 7-13.
- HARRIS, L- (1975). The myth and reality of aging in America. Washington, D.C.: National Council on aging.
- HELLBUSH, J.; CORBIN, E.; THORNSON, J. & STACY, R. (1994). Physicians' attitudes toward aging. *Gerontology & Geriatrics Education*, 15, 55 - 65.
- HETU, J. (1988) - Psychologie du vieillissement - Montreal: Méridien.
- HEWISON, A. (1995) - Nurses' power in interaction with patients - *Journal of Advanced Nursing*, 21, 75-82.

HILT, M. & LIPSCHULTZ, Y. (1999). Revising the Kogan scale: A test of local television news producers attitudes toward older adults. *Educational Gerontology*, 25, 143-153.

HOCHSCHILD, A. (1983) *The managed heart: commercialization of human feeling*: Nerkeley, University of California.

HUMMERT, M.L. (1999). A Social Cognitive Perspective on Age Stereotypes. In T. M. Hess, & F. Blanchard – Field (Eds.), *Social Cognition and Aging* (176 –196) . San Diego, California : Academic Press.

HUMMERT, M.L., GARTSKA, T. & SHANNER, J. (1998). Communication with older adults: the influence of age stereotypes, context and communicator age. *Human Communication Research*, 25, 124 - 151

HUMMERT, M.L., GARTSKA, T. & SHANER, J. (1997). Stereotyping of older adults: The role of target facil cues and perceiver characteristics. *Psychology and Aging*, 12, 107-114.

HUMMERT, M.L., & RYAN, E.B. (1996). Toward understanding variations in patronizing talk addressed to older adults: Psycholinguistic features of care and control. *International of Psycholinguistic*, 12, 149 - 169

HUMMERT, M.L. (1994a). Stereotypes of the elderly and patronizing speech style. In M.L. Hummert, J.M. Wiemann and J.F. Nussbaum (Eds.), *Interpersonal communication in older adulthood: Interdisciplinary Theory and Research* (pp. 162 - 185). Newbury Park, CA: sage.

HUMMERT, M.L. (1994b) Psysiognomic cues and the activation of stereotypes of the elderly in interaction. *International Journal of Aging and Human Development*, 39, 35 - 20

HUMMERT, M.L. GARSTKA, T. SHANNER, J. & STRAHM, S. (1994). Stereotypes of the elderly held by young. Middle - aged and elderly adults. *Psychological Sciences*, 5, 240 - 249.

HUMMERT, M. L. (1990). Multiple Stereotypes elderly and young adults: a comparison of structure and evaluations. *Psychology and Aging*, 5, 183 - 193

Instituto Nacional de Estatística (1999) As Gerações mais Novas. Série de estudos n.º 83. Lisboa

ISAACS, L.W. & BEARISON, D.J. (1986): The development of children's prejudice against the aged. *International Journal of Aging and Human Development*, 23, 175 - 194.

JARRETT, N.; PAYNE, S.(1995) - A Selective Review of the Literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected? - *Journal of Advanced Nursing*, 22, 72-78.

KENYON, G.M. (1992) Why is ageism a serious social problem and what can be done about it? *Canadian Journal on Aging*, 11, 2- 5

KIMMEL, D. (1988). Ageism, Psychology, and Public Policy. *American Psychologist*, 43, 175-178.

KITE, M. & JOHNSON, B.T. (1988), Attitudes toward older and young adults: A meta - analysis. *Psychology and Aging*, 3, 233 - 244

KITE, M. & MIELE, K.(1991) - Stereotypes of young and old: Does Age Outweigh Gender? - *Psychology and Aging*, 6,19-23.

KNOX, V.J.; GEKOSKI, W.L. & KELLY, L.E. (1995) The age Group Evaluation and Description (AGED) Inventory: A new instrument for assessing stereotypes and attitudes toward age groups. *International Journal of Aging and Human Development*, 40, 31 - 55

KOCH, T. & WEBB, C. (1996) - The biomedical constructions of ageing: implications for nursing care of older people - *Journal of Advanced Nursing*, 23, 954-959.

KOGAN, N. (1961a). Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62 (1) 44 - 54

KOGAN, N. (1961b). Attitudes toward old people in an older sample. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62 (3) 616 - 622

KOGAN, N. (1979). Beliefs, attitudes, and stereotypes about old people. A new look at some old issues. *Research on Aging*, 1 (1) 11 - 36

KRAUS, S.J. (1995). Attitudes and the prediction of behavior: a meta - analysis of the empirical literature. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 58 - 75.

KREMER, J.F. (1988) Effects of negative information about aging and attitudes. *Educational Gerontology*, 14, 69 - 80.

LAMBERT, J. (1988). Caractéristiques des interactions éducatives avec des enfants trisomiques 21, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 36, 271 - 278

LAZURE, H. (1994) *Viver a Relação de Ajuda* – Lisboa: Lusodidata.

LEYENS, P. J. (1979) *Psicologia Social*. Lisboa:Edições 70.

LEYENS, P.J., YZERBYT, V. & SCHRADON, G. (1994) *Stereotypes and social cognition*. London: sage.

LIPPMANN, W. (1922), *Public opinion*. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich.

LOOKINLAND, S. & ANSON, K. (1995). Perpetuation of ageist attitudes among present and future health care personnel: Implications for elder care. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 47-56.

LUTSKY, N. (1980) Attitudes toward old age and elderly persons. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 1, 287-336.

- McCRAKEN, A.; FITZWATER, E. & LOCKWOOD, M. (1995). Comparison of nursing students attitudes toward the elderly in Norway and the United States. *Educational Gerontology*, 21, 167 - 180.
- MacNEIL, R. (1991). Attitudes toward the aged and identified employment preferences of therapeutic recreation students. *Educational Gerontology*, 17, 543-558.
- MALIN, N. & TEADALE, K. (1991) Caring versus empowerment: Considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 657 - 662.
- MCTAVISH, D.G. (1971) Perceptions of old people: A review of research methodologies and findings. *The Gerontologist*, 11 (4), 90 - 101
- MANDERINO, M.; GANONG, L. & BZDEK, V. (1987).Stereotyping by nurses and nursing students : A critical review of research. *Nursing & Health*, 10, 49 -70.
- MEIRE, P. (1993) - Les anciens et les âges de la vie - Louvain, 43, 29-32.
- MILLER, C.A. (1990) *Nursing care of older adults*. Glenview, ill: Scott, Foremans / Little, Brown Higher Education.
- MELO, A. (1998). A competência do enfermeiro no cuidar do idoso. Opinião dos idosos e dos enfermeiros. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- MESSY, J. (1992) - La personne âgée n'existe pas - Paris: Editions Rivages, Psychanalyse.
- MIENE, P. & SNYDER, M. (1994), Stereotyping of the elderly: a functional aproach. *British Journal of Social Psychology*, 33, 63 - 82.
- MINOIS, G. (1987). Histoire de la vieillesse en occident de l'antiquité à la renaissance. Paris: Fayard.

MONTEIRO, A. (1994) - O Estereótipo na Comunicação - Colóquio/Educação e Sociedade, 5, 186-202.

MOUNT, J. (1993) Effect of a practicum with well elderly on physical therapy students' attitudes toward older people and their intention to work with the elderly. *Gerontology and Geriatrics Education*, 13, 13 - 24.

NEWMOMB, T., TURNER, A. & CONVERSE, S. (1965). Social Psychology: the study of human interaction, New York: Holt Rinehart and Winston

NUNES, M.A. (1997) - O Respeito caloroso na relação de ajuda em enfermagem - *Servir*, 45, 174-175.

ORBACH, A. (1994). Pschychoterapy in the third age. *Britigh Journal of Phsichoterapy*, 11, 221-231.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos e indicadores de critérios de qualidade do exercício profissional. Documento de trabalho do Conselho de Enfermagem. Lisboa.

PAGE, L. (1993), Sept. 9) Image problem. *The State Newspaper*. pp. 1d, 3d.

PALMORE, E. (1977). Facts on Aging. A short quiz. *The gerontologist*, 17, 315 - 320.

PALMORE, E. (1982). Attitudes toward the aged. What we know and need to know? *Research on Aging*, 4, 333 - 348.

PAÚL, M.C. (1991) Percursos pel velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia. Dissertação de Doutoramento em Psicogerontologia. Instituto de Ciências Psicomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto

PAYNE, S., HARDEY, M. & COLEMAN, P. (2000). Interactions between nurses during handovers in elderly care. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 277-285.

PERDUE, C. & GURTMAN, M. (1990). Evidence for the automaticity of ageism, *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199 - 216

PERSONNE, M. (1991)- Soigner les personnes âgées à l'hôpital: la formation à la relation d'aide - Toulouse: Privat.

PINCOMBE, J.; O'BRIEN, B.; CHEEK, J. & BALLANTYNE, A. (1996) - Critical aspects of nursing in aged and extended care - *Journal of Advanced Nursing*, 23, 672-678.

PINHEIRO, F.(1997) - Sentimentos de Idosos perante os Cuidados de Enfermagem na higiene pessoal - Investigação no âmbito do 1º CESEE Saúde do Idoso e Geriátrica, E.S.E.F.G., Lisboa.

PURSEY, A. & LUKER, K. (1995) - Attitudes and stereotypes: nurses' work with older people - *Journal of Advanced Nursing*, 22, 547-555.

RADER, J.; HOEFFER, B. & MCKENZIE, D. (1996) Maintaining cleanliness: Na individualized Approach. *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 32 - 38

REED, C. , BEALL, S. & BAUMHOVER, L. (1992). Gerontological education for students in nursing and social work : Knowledge , attitudes , and perceived barriers. *Educational Gerontology*, 18, 625 – 636.

RICHARD, J. (1996) - Psycho-gérontologie - Paris: Masson.

ROBINSON, A.D. (1993) Attitudes toward the elderly among nursing home aides: a factor analytic study. *Gerontology and Geriatrics Education*, 14, 21 - 32

- ROSENBERG, M. & HOVLAND, C. (1960). Cognitive, affective and behavioral components of attitudes, In C.I. Hovland , C & ROSENBERG,M (Eds), *Attitude Organization and change: An analysis of consistency among attitude" Component*, Nova Haven: Yale University Press.
- ROY, G. (1996) - Le vieillissement: mieux comprendre, mieux prendre soin - *Canadian Nurse*, 42-44.
- RYAN, E. , MEREDITH, S. & SHANTZ, G. (1994). Evaluative perceptions of patronizing speech addressed in contrasting conversational context. *Canadian Journal on Aging*, 13, 236 - 248
- SANTOS, A. (2001). A instabilidade dos estereótipos: experiências em cognição social com uma metodologia de teste - reteste longitudinal. Tese de dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de Lisboa. Lisboa
- SHAIE, K. & WILLS, W. (1991) *Adult development and aging* (2nd ed.) Boston: Little, Brown.
- SCHWALB, S.J., & SEDLACK, W.E. (1990). Have college students' attitudes toward older people changed? *Journal of College Student Development*, 31, 127 - 132
- SHARPE, P.(1995). Older Women and Health services: Moving from ageism toward empowerment. *Women & Health*, 22, 9-23.
- SHAW, M. & WRIGHT, J. (1968). *Scales for the measurement of attitudes*. New York: MacGraw-Hill
- SMITH, S.P., JEPSON, V., & PERLOFF, E. (1982), Attitudes of nursing care providers toward elderly patients. *Nursing and Health Care*, 3, 93 - 98

SPIELBERGER, C.D. & SHARMA, S. (1976) Cross - cultural measurement of anxiety. In C.D. Spielberg & Rogélio Diaz - Gurnero (Ed.) Cross Cultural anxiety (pp. 13 - 25) Washington: John Wiley & Sons

SOLOMON, K., & VICKERS, R. (1979). Attitudes of health care workers toward old people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 27 (4), 186 - 191

STEFT, B.(1997) - A Geriatric Nurse with a talent for listening, learning and leading - *Geriatric Nursing*, 18, 127-130.

SHARPE, P.(1995). Older Women and Health services: Moving from ageism toward empowerment. *Women & Health*, 22, 9-23.

SHOEN, D.C. (1993) Nursing student attitudes after an experience with independent elderly. *Gerontology and geriatrics education*, 14, 47 - 75

STOCKWELL, F. (1972) The unpopular patient. Royal College of Nursing, London

TAJFEL, H. (1984). Grupos humanos e categorias sociais, vol. 1, Livros Horizonte. Lisboa

TAYLOR, K.H., & HARNED, T.L. (1978), Attitudes toward old people: A study of nurses who care for the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 4, 43 - 47

TRIANDIS, H. (1971). Attitude and attitude change. New York: John Wiley and Sons.

THORSON, J. & POWELL, F. (1991). Medical students attitudes toward aging and death: A cross - sectional study. *Medical Education*, 25, 32 - 37

VALA, J. & MONTEIRO, M . (1993) . Psicologia Social: Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

VASIL, L., & WASS, H. (1993), Portrayal of the elderly in the media: A literature review and implications for educational gerontologists. *Educational Gerontology*, 19, 71 - 85

VAZ, J.(1997). Atitudes dos Professores face às situações do Psicólogo na Escola. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional. ISPA. Lisboa.

WASS, H., FILMER, D., & WARD, L. (1981).- Education about aging: A rationale. *Educational Gerontology*, 7, 355 - 361

WATSON, J. (1988) - Nursing: Human Science and Human Care - A Theory of Nursing, New York, National League for Nursing.

WHITBOURNE, S.K. (1986) The psychological construction of the life span. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 549 - 618). New York: Nostrand Reinhold.

WOLK, R.L. & WOLK, R.B. (1971) Professional workers' attitudes toward the aged. *Journal of the American Geriatrics Society*, 19, 624 - 639

YZERBYT ,V. & SCHADRON, G. (1994) . Stereotypes et jugement social. In Pierre Mardaga, Editeur. Steriotypes, discrimination et relations intergroupes (127-160) liège.

YURICK, A.G.; SPIER, B.E.; ROBB, S.S. & EBERT, N.J. (1984) The aged person and the nursing process. Norwalk, Conn: Appleton - Century - Crofts

ANEXOS

Anexo 1- Autorização concedida pelo Professor Kogan

Anexo 2- Questionário original, retroversão do Português para o Inglês, versão Portuguesa

Anexo 3- Distribuição dos valores das médias para cada item da Escala AKPI na amostra portuguesa e nas amostras americanas

Anexo 4- Representação gráfica entre a Escala Negativa e a Escala Positiva (n = 209)

Anexo 5- Resultados da consistência interna das Escalas Negativa e Positiva

Anexo 6- Resultados obtidos em cada Escala (negativa e positiva), pelos 3 grupos de idade

Anexo 7- Grelha de observação para o enfermeiro

Anexo 8- Grelha de observação para o idoso

Anexo 9- Questionário (enfermeiros do estudo 2)

Anexo 10- Representação gráfica da relação entre a Escala negativa e a Escala positiva
(n=672)

Anexo 11- Representação gráfica da relação entre o comportamento desadequado do enfermeiro e o comportamento emocionalmente negativo do idoso.

ANEXO I



January 13, 2000

Ms. Laura Viegas
Rua Palmira Bastos 13-2 DTO
2835-448 Lauradio-Barreiro
PORTUGAL

Dear Ms. Viegas

I am responding to your recent request to translate my OP Scale into Portuguese for use with a sample of nurses in Portugal. You have my permission to undertake this task, and I am pleased that you are willing to do it. I can understand that some of the items may have to be adapted in order to be appropriate for your population. As you may know, translation is far from a routine matter. When you have completed the translation, it would be informative to have the items translated back into English by another person with bilingual skills. In that way, you can be assured whether the translation is accurate, or whether additional fine tuning is needed.

It has been many years since I have personally worked with the OP Scale. I have enclosed reprints of my two original articles, and the relevant selection from two book-length collections of attitude scales. The book references are Shaw, M., & Wright, J. (Eds.) (1967) Scales for the Measurement of Attitudes. New York: McGraw-Hill, pp. 468-471, and Mangen, D.J. & Peterson, W.A. (Eds.) (1982). Research Instruments in Social Gerontology, Vol. 1, Clinical and Social Psychology. Minneapolis: University of Minnesota Press, pp. 549-556.

I must confess that I have not carefully followed the literature in the present area. However, over the years, there has been a steady stream of requests for permission to use the OP Scale in a research context. The majority of these requests have come from nursing faculty and students. Perhaps, some of this work has been published in journals of nursing research, but I do not have ready access to those journals, and hence I am not really aware of such work based on my OP Scale.

Please feel free to contact me again if I can be of further assistance. If you should wish to reach me more quickly, and have access to e-mail, my address is kogann@newschool.edu. The fax number here is 212-989-0846. I wish you success in your project.

Sincerely,

Nathan Kogan, Ph.D.
Professor
Academic Director
of the New School
for Social Research

The New School
Graduate Faculty
Graduate School
Parsons
Eugene Lang College
Mannes

ANEXO II

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO ORIGINAL

		Disagree			Agree		
1.	You can count on finding a nice residential neighbourhood when there is a sizeable number of old people living in it.	1	2	3	5	6	7
2.	Most old people would prefer to continue working just as long as they possibly can rather than be dependent on anybody.	1	2	3	5	6	7
3.	If old people expect to be liked, their first step is to try to get rid of their irritating faults.	1	2	3	5	6	7
4.	It is foolish to claim that wisdom comes with old age.	1	2	3	5	6	7
5.	It would probably be better if most old people lived in residential units that also housed younger people.	1	2	3	5	6	7
6.	Most old people seem to be quite clean and neat in their personal appearance.	1	2	3	5	6	7
7.	There are a few exceptions, but in general most old people are pretty much alike.	1	2	3	5	6	7
8.	Most old people make one feel ill at ease.	1	2	3	5	6	7
9.	Most old people bore others by their insistence on talking about the "good old days."	1	2	3	5	6	7
10.	Most old people are cheerful, agreeable, and good humoured.	1	2	3	5	6	7
11.	Most old people are really no different from anybody else: they're as easy to understand as younger people.	1	2	3	5	6	7
12.	Most old people are constantly complaining about the behaviour of the younger generation.	1	2	3	5	6	7
13.	Most old people are capable of new adjustments when the situation demands it.	1	2	3	5	6	7
14.	Most old people need no more love and reassurance than anyone else.	1	2	3	5	6	7
15.	Most old people spend too much time prying in- to the affairs of others and giving unsought advice.	1	2	3	5	6	7
16.	Most old people can generally be counted on to maintain a clean, attractive home.	1	2	3	5	6	7

		Disagree			Agree		
17.	Old people have too much power in business and politics.	1	2	3	5	6	7
18.	Most old people would prefer to quit work as soon as pensions can support them.	1	2	3	5	6	7
19.	Most old people would prefer to quit work as soon as pensions can support them.	1	2	3	5	6	7
20.	People grow wiser with the coming of old age.	1	2	3	5	6	7
21.	It would probably be better if most old people lived in residential units with people of their own age	1	2	3	5	6	7
22.	Most old people should be more concerned with their personal appearance; they're too untidy.	1	2	3	5	6	7
23.	It is evident that most old people are very different from one another.	1	2	3	5	6	7
24.	Most old people are very relaxing to be with.	1	2	3	5	6	7
25.	One of the more interesting qualities of most old people is their accounts of their past experiences.	1	2	3	5	6	7
26.	Most old people are irritable, grouchy, and unpleasant.	1	2	3	5	6	7
27.	One seldom hears old people complaining about the behaviour of the younger generation.	1	2	3	5	6	7
28.	There is something different about most old people: it's hard to figure out what makes them tick.	1	2	3	5	6	7
29.	Most old people get set in their ways and are unable to change.	1	2	3	5	6	7
30.	Most old people make excessive demands for love and reassurance.	1	2	3	5	6	7
31.	Most old people respect other's privacy and give advice only when asked.	1	2	3	5	6	7
32.	Most old people tend to let their homes become shabby and unattractive.	1	2	3	5	6	7
33.	Old people have too little power in business and politics.	1	2	3	5	6	7
34.	In order to maintain a nice residential neighbourhood, it would be best if too many old people did not live in it.	1	2	3	5	6	7

RETROVERSÃO DO PORTUGUÊS PARA O INGLÊS

- 1 - A residential area may be considered pleasant even when inhabited by a reasonable number of senior citizens.
- 2 - Many senior citizens prefer to keep on working as long as they can instead of being dependent on other people.
- 3 - If senior citizens want to be loved, the first step they must take is to get rid of their irritating shortcomings.
- 4 - It's nonsensical to think that knowledge comes with age
- 5 - It might be best if senior citizens lived in mixed communities together with younger people.
- 6 - Most senior citizens seem to have a nice and clean personal appearance.
- 7 - Most senior citizens look alike, with some exceptions.
- 8 - Most senior citizens arouse uneasiness on others.
- 9 - Most senior citizens become boring to others when they insist on talking about their "good old times".
- 10 - Most senior citizens are happy, pleasant and witty.
- 11 - Most senior citizens are not different from other, younger people; it's just as easy to understand them.
- 12 - Most senior citizens constantly complain of the younger generation's behaviour.
- 13 - Most senior citizens adapt well to a new situation when needed.
- 14 - Most senior citizens do not need love or encouragement more than anyone else.
- 15 - Most senior citizens spend a lot of time interfering in other's lives, giving advice without being solicited to do so.
- 16 - We may assume that most senior citizens keep their homes clean and attractive.
- 17 - Senior citizens are too powerful in the business and political fields.
- 18 - Most senior citizens prefer to stop working as soon as their pension is sufficient to cover their expenses.
- 19 - When thinking about the subject, we realise that senior citizens have the same shortcomings as others.

20 – With the passage of time people acquire more knowledge.

21 – It might be best if senior citizens lived in communities with people of their own age.

22 – Most senior citizens should pay more attention to their personal appearance. They usually have an unkempt look.

23 – It is obvious that most senior citizens are very different from each other.

24 – Most senior citizens are easy to live with.

25 – One of the most interesting traits of senior citizens is their past experience.

26 – Most senior citizens are irritating, inconvenient and unpleasant.

27 – Senior citizens very seldom criticize younger generations' behaviour.

28 – There is one typical trait in senior citizens: it's difficult to understand what incites or stimulates them.

29 – Most senior citizens are too settled in their ways and are incapable of changing.

30 – Most senior citizens are too demanding of others' love and encouragement.

31 – Most senior citizens respect the privacy of others and only give advice when asked.

32 – Most senior citizens tend to let go of their homes, allowing them to become unkempt and unattractive.

33 – Senior citizens have little power in the business and political fields.

34 – For a residential area to be kept pleasant it's best not to have many senior citizens residing in it.

Caro colega

Sou enfermeira especialista em Enfermagem Geriátrica e Saúde do Idoso e aluna do mestrado de Psicologia, área de especialização em psicologia clinica, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Estou a desenvolver uma investigação sobre o tema "Atitudes dos enfermeiros para com as pessoas idosas", a qual está a ser conduzida de modo a constituir-se como uma tese de mestrado.

Pretendo conhecer essas atitudes através do questionário "Escala de atitudes de Kogan para com as pessoas idosas", pelo que solicito a sua melhor compreensão e colaboração no preenchimento do respectivo questionário.

Muito agradeço, apresentando os meus melhores cumprimentos

Luísa J. Regas

ESCALA DE KOGAN DE ATITUDES PARA COM AS PESSOAS IDOSAS *

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações e, em seguida, escolha uma das seis respostas possíveis; escolha a que melhor traduz a sua atitude para com as pessoas idosas.

Respostas possíveis:

1	2	3	5	6	7
Discordo completamente	Discordo em grande parte	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo em grande parte	Concordo completamente

Para dar a sua resposta deve fazer uma cruz no número que melhor corresponde à sua opinião relativamente a cada uma das afirmações apresentadas.

Se quiser alterar uma resposta já anotada, risque-a e faça de novo uma cruz no número que lhe parecer mais adequado.

Não tem limite de tempo mas tente responder o mais espontaneamente que lhe for possível.

Por favor, responda a todas as afirmações.

* Kogan Attitudes Toward Old People (Kogan, 1961)
Tradução e adaptação de Laura Viegas

ESCALA DE KOGAN DE ATITUDES PARA COM AS PESSOAS IDOSAS

Sexo:.....Idade:.....Estado Civil:.....Data da Aplicação:...../...../.....

Habilitações Académicas:.....

Categoria Profissional:.....Tempo na Categoria:.....

Tempo na Profissão:.....

Exerce funções na prestação directa de cuidados: ☐ Na gestão: ☐

Outra ☐ Qual:.....

Hospital: ☐ Centro de Saúde: ☐ Outro: ☐ Qual:.....

Serviço / Area em que exerce funções:..... Há quanto tempo:.....

Experiencia profissional anterior noutros serviços / áreas: Sim: ☐ Não: ☐

Qual:..... Quanto tempo:.....

Qual:..... Quanto tempo:.....

Qual:..... Quanto tempo:.....

Qual:..... Quanto tempo:.....

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE

1- Pode-se contar com uma zona residencial agradável quando essa zona é habitada por um número razoável de pessoas idosas. 1 2 3 5 6 7

2- Muitas pessoas idosas prefeririam continuar a trabalhar enquanto podem em vez de dependerem de outras pessoas. 1 2 3 5 6 7

3- Se as pessoas idosas querem que gostem delas, o primeiro passo a darem é tentarem libertar-se dos seus defeitos irritantes. 1 2 3 5 6 7

4- É disparatado pensar que a sabedoria vem com a idade. 1 2 3 5 6 7

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE

5- Provavelmente seria melhor que as pessoas idosas habitassem em prédios também habitados por pessoas mais novas.

1 2 3 5 6 7

6- A maioria das pessoas idosas parece ter uma aparência pessoal arranjada e asseada.

1 2 3 5 6 7

7- A maioria das pessoas idosas são bastante parecidas umas com as outras com exceção de alguns casos.

1 2 3 5 6 7

8- A maioria das pessoas idosas provoca mal-estar nos outros.

1 2 3 5 6 7

9- A maioria das pessoas idosas aborrece os outros quando insiste em falar sobre os bons velhos tempos.

1 2 3 5 6 7

10- A maioria das pessoas idosas são alegres , agradáveis e bem humoradas.

1 2 3 5 6 7

11- A maioria das pessoas idosas não são diferentes das outras pessoas, é tão fácil compreendê-las como às mais novas.

1 2 3 5 6 7

12- A maioria das pessoas idosas queixam-se constantemente do comportamento das gerações mais novas.

1 2 3 5 6 7

13- A maioria das pessoas idosas são capazes de se adaptarem de novo quando a situação o exige.

1 2 3 5 6 7

14- A maioria das pessoas idosas não precisa de mais amor e encorajamento que outra pessoa qualquer.

1 2 3 5 6 7

15- A maioria das pessoas idosas gasta bastante tempo a intrometer-se nos assuntos dos outros, dando conselhos sem serem solicitadas.

1 2 3 5 6 7

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE

16- Pode-se contar com que a maioria das pessoas idosas mantenha a casa limpa e atractiva.

1 2 3 5 6 7

17- As pessoas idosas têm demasiado poder na área dos negócios e da política.

1 2 3 5 6 7

18- A maioria das pessoas idosas prefere deixar de trabalhar logo que o montante da reforma seja suficiente para aguentar as despesas que tem.

1 2 3 5 6 7

19- Quando se pensa sobre o assunto, conclui-se que as pessoas idosas têm os mesmos defeitos que as outras pessoas.

1 2 3 5 6 7

20- Com o passar dos anos as pessoas adquirem mais sabedoria.

1 2 3 5 6 7

21- Provavelmente seria melhor se a maioria das pessoas idosas vivesse nos mesmos prédios que outras pessoas da sua idade.

1 2 3 5 6 7

22- A maioria das pessoas idosas deveria preocupar-se mais com a sua aparência pessoal. Habitualmente têm um aspecto desleixado.

1 2 3 5 6 7

23- É evidente que a maior parte dos idosos são muito diferentes uns dos outros.

1 2 3 5 6 7

24- A maioria das pessoas idosas provoca nos outros desconfiança quando convivem com elas.

1 2 3 5 6 7

25- Uma das características mais interessantes da maioria das pessoas idosas são as suas experiências do passado.

1 2 3 5 6 7

26- A maioria das pessoas idosas são irritantes, inconvenientes e desagradáveis.

1 2 3 5 6 7

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE

27- Raramente se ouvem pessoas idosas a criticar o comportamento das gerações mais novas.

1 2 3 5 6 7

28- Existe uma característica particular nas pessoas idosas: é difícil perceber o que as incentiva.

1 2 3 5 6 7

29- A maioria das pessoas idosas instala-se nos seus hábitos e são incapazes de mudar.

1 2 3 5 6 7

30- A maioria das pessoas idosas exigem excessivamente que sejam amadas e encorajadas.

1 2 3 5 6 7

31- A maioria das pessoas idosas respeita a privacidade dos outros e só dão conselhos quando são solicitadas.

1 2 3 5 6 7

32- A maioria das pessoas idosas tende a deixar as suas casas, tornarem-se desleixadas e pouco atractivas.

1 2 3 5 6 7

33- As pessoas idosas têm pouco poder na área dos negócios e da política.

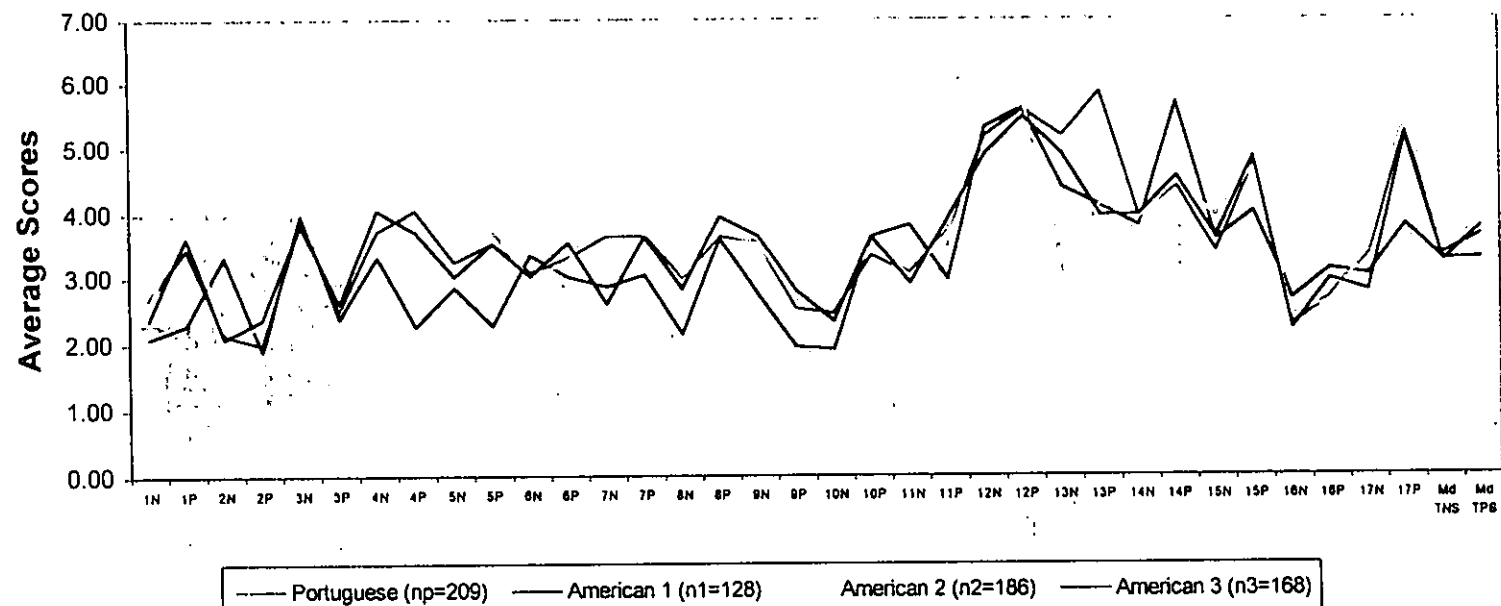
1 2 3 5 6 7

34- Para manter uma zona residencial agradável é preferível que ela não seja habitada por muitas pessoas idosas.

1 2 3 5 6 7

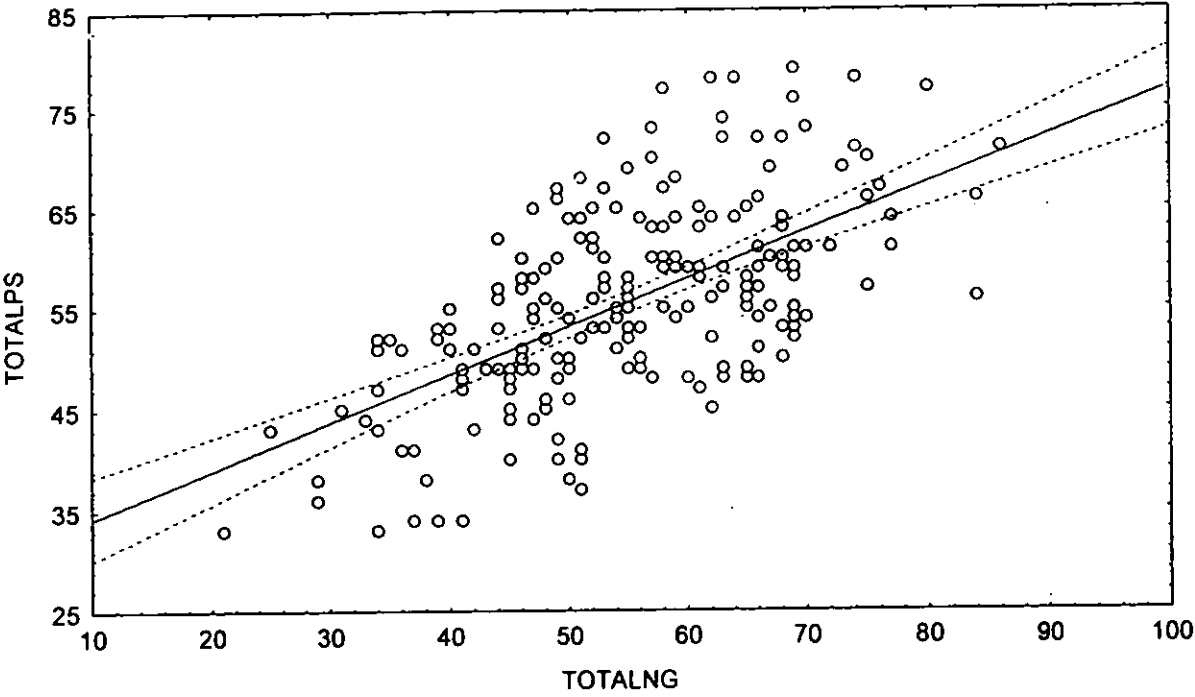
ANEXO III

FIGURE 1 - MEANS FOR EACH ITEM OF KOPS (PORTUGUESE AND AMERICANS' SAMPLES)



ANEXO IV

Scatterplot (Laura209.STA 44v*209c)
 $y=29.466+0.475 \cdot x+\epsilon$



ANEXO V

data file: Laura209.STA [209 cases with 44 variables]

VARIABLES:

10: ITEM3 -9999
11: ITEM4 -9999
14: ITEM7 -9999
15: ITEM8 -9999
16: ITEM9 -9999
19: ITEM12 -9999
22: ITEM15 -9999
24: ITEM17 -9999
25: ITEM18 -9999
28: ITEM21 -9999
29: ITEM22 -9999
33: ITEM26 -9999
35: ITEM28 -9999
36: ITEM29 -9999
37: ITEM30 -9999
39: ITEM32 -9999
41: ITEM34 -9999

ITENS NEGATIVOS

missing data casewise deleted

209 cases in data file

209 valid cases accepted

data file: Laura209.STA [209 cases with 44 variables]

RELIABILITY RESULTS

Number of items in scale: 17
Number of valid cases: 209
Number of cases with missing data: 0

Summary statistics for scale:

Mean: 55,172248804 Sum: 11531,000000
Standard Deviation: 11,977610501 Variance: 143,46315332
Skewness: -,084013336 Kurtosis: -,256344018
Minimum: 21,000000000 Maximum: 86,000000000
Cronbach's alpha: ,720855792 Standardized alpha: ,730587314
Average Inter-Item Correlation: ,139329753

STAT. RELIABL. ANALYSIS	Summary for scale: Mean=55,1722 Std.Dv.=12,0064 Valid N:209 Cronbach alpha: ,720856 Standardized alpha: ,730587 Average inter-item corr.: ,139330				
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
ITEM3	51,18660	120,7642	10,98928	,412352	,696108

STAT. RELIABL. ANALYSIS	Summary for scale: Mean=55,1722 Std.Dv.=12,0064 Valid N:209 Cronbach alpha: ,720856 Standardized alpha: ,730587 Average inter-item corr.: ,139330				
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
ITEM4	51,85646	133,0894	11,53644	,155846	,725600
ITEM7	52,31579	128,5797	11,33930	,315850	,707467
ITEM8	53,02392	131,4683	11,46596	,315369	,708089
ITEM9	52,43541	130,2841	11,41421	,272667	,711807
ITEM12	49,86603	134,6902	11,60561	,197834	,718030
ITEM15	51,58373	121,0468	11,00213	,530772	,684984
ITEM17	52,15311	137,0101	11,70513	,088388	,730248
ITEM18	51,85646	132,7067	11,51984	,199366	,719309
ITEM21	52,32058	135,7106	11,64949	,109308	,729226
ITEM22	51,81818	128,6081	11,34055	,318991	,707154
ITEM26	53,24880	128,0434	11,31562	,500964	,694925
ITEM28	51,35407	127,8268	11,30605	,324898	,706525
ITEM29	50,78469	125,9488	11,22269	,408937	,698259
ITEM30	51,37321	123,3248	11,10517	,455032	,692818
ITEM32	52,49761	129,8002	11,39299	,344310	,705269
ITEM34	53,08134	129,1752	11,36553	,392675	,701600

STAT. RELIABL. ANALYSIS	Analysis of Variance (laura209.sta)				
Effect	Sums of Squares	df	Mean Square	F	p
Between Subjects	1763,75	208	8,4796	66,77084	0,00
Within Subjects	10406,24	3344	3,1119		
Between Items	2528,77	16	158,0483		
Residual	7877,46	3328	2,3670		
Total	12169,99	3552			

26: ITEM19 -9999 =8-v26
27: ITEM20 -9999 =8-v27
30: ITEM23 -9999 =8-v30
31: ITEM24 -9999 =8-v31
32: ITEM25 -9999 =8-v32
34: ITEM27 -9999 =8-v34
38: ITEM31 -9999 =8-v38
40: ITEM33 -9999 =8-v40

missing data casewise deleted

ITENS POSITIVOS

209 cases in data file
209 valid cases accepted

data file: Laura209.STA [209 cases with 44 variables]

RELIABILITY RESULTS

Number of items in scale: 17
Number of valid cases: 209
Number of cases with missing data: 0

Summary statistics for scale:

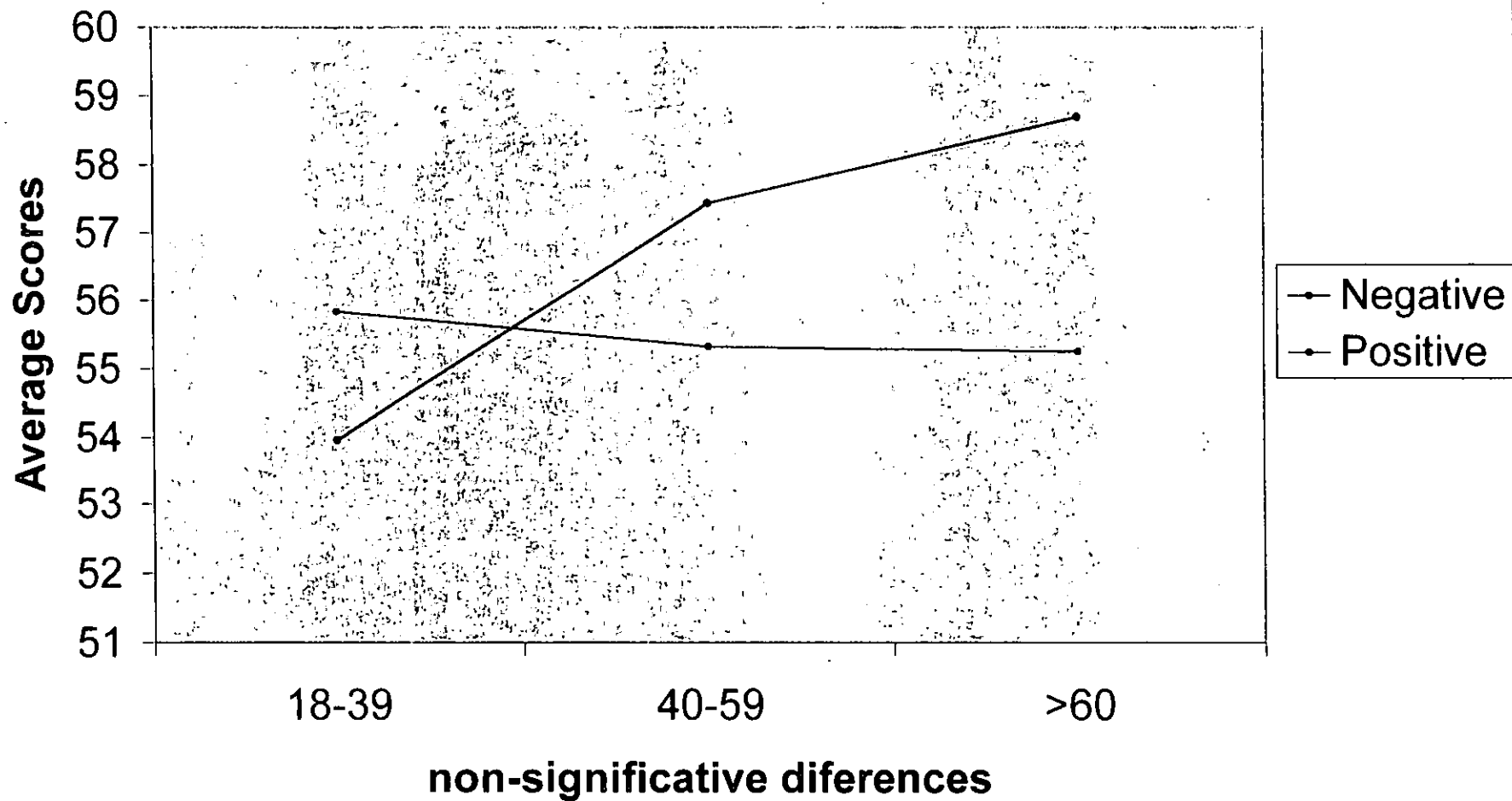
Mean:	55,669856459	Sum:	11635,000000
Standard Deviation:	9,616129815	Variance:	92,469952611
Skewness:	,078012234	Kurtosis:	-,063835014
Minimum:	33,000000000	Maximum:	79,000000000
Cronbach's alpha:	,636461485	Standardized alpha:	,633890114
	Average Inter-Item Correlation:		,093769206

STAT. RELIABL. ANALYSIS	Summary for scale: Mean=55,6699 Std.Dv.=9,63922 Valid N:209 Cronbach alpha: ,636461 Standardized alpha: ,633890 Average inter-item corr.: ,093769				
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
ITEM1	53,37321	86,34875	9,292403	,209538	,626464
ITEM2	53,77034	89,51663	9,461323	,092066	,638124
ITEM5	53,39235	87,48242	9,353204	,112329	,639070
ITEM6	52,65550	82,24495	9,068900	,338026	,609919
ITEM10	52,03828	79,75930	8,930806	,352411	,605391
ITEM11	52,70813	75,01051	8,660861	,481571	,582112
ITEM13	51,56459	77,29845	8,791954	,419170	,593812
ITEM14	49,98086	87,98050	9,379792	,086828	,642818
ITEM16	52,55502	80,99339	8,999633	,334841	,608803
ITEM19	53,28230	80,63323	8,979601	,378624	,603490
ITEM20	53,39713	84,98582	9,218776	,266307	,619996
ITEM23	52,63158	86,66331	9,309313	,087317	,647147
ITEM24	52,07177	80,75562	8,986413	,313215	,611436
ITEM25	53,71770	87,84853	9,372755	,155492	,632231
ITEM27	50,07177	85,87522	9,266889	,200189	,627521
ITEM31	51,64593	81,87463	9,048460	,296394	,614332
ITEM33	51,86124	88,85634	9,426364	,009944	,660870

STAT. RELIABL. ANALYSIS	Analysis of Variance (laura209.sta)				
Effect	Sums of Squares	df	Mean Square	F	p
Between Subjects	1136,84	208	5,4656	135,5889	0,00
Within Subjects	10923,06	3344	3,2665		
Between Items	4310,52	16	269,4073		
Residual	6612,54	3328	1,9869		
Total	12059,90	3552			

ANEXO VI

**FIGURE 2 - Negative and Positive Scale Scores
for Every Age Group**



ANEXO VII

GRELHA DE OBSERVAÇÃO PARA O ENFERMEIRO

[illegible]

ANEXO VIII

GRELHA DE OBSERVAÇÃO PARA O IDOSO

[illegible]

ANEXO IX

Caro(a) colega,

Sou enfermeira especialista em Enfermagem Geriátrica e Saúde do Idoso e aluna do mestrado de Psicologia, área de especialização em psicologia clínica, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Estou a desenvolver uma investigação sobre o tema "Atitudes dos enfermeiros para com as pessoas idosas", a qual está a ser conduzida de modo a constituir-se como uma tese de mestrado.

Pretendo conhecer essas atitudes através do questionário "Escala de atitudes de Kogan para com pessoas idosas", pelo que solicito a sua melhor compreensão e colaboração no preenchimento do respectivo questionário. No final, segue-se uma questão: "o que é para mim a velhice" à qual agradecia que também respondesse.

Muito agradeço, apresento os melhores cumprimentos,

laure siega

ESCALA DE KOGAN DE ATITUDES PARA COM AS PESSOAS IDOSAS *

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações e, em seguida, escolha uma das seis respostas possíveis; escolha a que melhor traduz a sua atitude para com as pessoas idosas.

Respostas possíveis:

1	2	3	5	6	7
Discordo completamente	Discordo em grande parte	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo em grande parte	Concordo completamente

Para dar a sua resposta deve fazer uma cruz no número que melhor corresponde à sua opinião relativamente a cada uma das afirmações apresentadas.

Se quiser alterar uma resposta já anotada, risque-a e faça de novo uma cruz no número que lhe parecer mais adequado.

Não tem limite de tempo mas tente responder o mais espontaneamente que lhe for possível.

Por favor, responda a todas as afirmações.

* Kogan Attitudes Toward Old People (Kogan, 1961)
Tradução e adaptação de Laura Viegas

ESCALA DE KOGAN DE ATITUDES PARA COM AS PESSOAS IDOSAS

Sexo:.....Idade:.....Estado Civil:.....Data da Aplicação:...../...../.....

Habilitações Académicas:.....

Categoria Profissional:.....Tempo na Categoria:.....

Tempo na Profissão:.....

Exerce funções na prestação directa de cuidados: ☐ Na gestão: ☐
Outra ☐ Qual:.....

Hospital: ☐ Centro de Saúde: ☐ Outro: ☐ Qual:.....

Serviço / Area em que exerce funções:..... Há quanto tempo:.....

Experiencia profissional anterior noutros serviços / áreas: Sim: ☐ Não: ☐

Qual:..... Quanto tempo:.....

Qual:..... Quanto tempo:.....

Qual:..... Quanto tempo:.....

Qual:..... Quanto tempo:.....

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE

1- Pode-se contar com uma zona residencial agradável quando essa zona é habitada por um número razoável de pessoas idosas. 1 2 3 5 6 7

2- Muitas pessoas idosas prefeririam continuar a trabalhar enquanto podem em vez de dependerem de outras pessoas. 1 2 3 5 6 7

3- Se as pessoas idosas querem que gostem delas, o primeiro passo a darem é tentarem libertar-se dos seus defeitos irritantes. 1 2 3 5 6 7

4- É disparatado pensar que a sabedoria vem com a idade. 1 2 3 5 6 7

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE

5- Provavelmente seria melhor que as pessoas idosas habitassem em prédios também habitados por pessoas mais novas.

1 2 3 5 6 7

6- A maioria das pessoas idosas parece ter uma aparência pessoal arranjada e asseada.

1 2 3 5 6 7

7- A maioria das pessoas idosas são bastante parecidas umas com as outras com exceção de alguns casos.

1 2 3 5 6 7

8- A maioria das pessoas idosas provoca mal-estar nos outros.

1 2 3 5 6 7

9- A maioria das pessoas idosas aborrece os outros quando insiste em falar sobre os bons velhos tempos.

1 2 3 5 6 7

10- A maioria das pessoas idosas são alegres , agradáveis e bem humoradas.

1 2 3 5 6 7

11- A maioria das pessoas idosas não são diferentes das outras pessoas, é tão fácil compreendê-las como às mais novas.

1 2 3 5 6 7

12- A maioria das pessoas idosas queixam-se constantemente do comportamento das gerações mais novas.

1 2 3 5 6 7

13- A maioria das pessoas idosas são capazes de se adaptarem de novo quando a situação o exige.

1 2 3 5 6 7

14- A maioria das pessoas idosas não precisa de mais amor e encorajamento que outra pessoa qualquer.

1 2 3 5 6 7

15- A maioria das pessoas idosas gasta bastante tempo a intrometer-se nos assuntos dos outros, dando conselhos sem serem solicitadas.

1 2 3 5 6 7

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE

16- Pode-se contar com que a maioria das pessoas idosas mantenha a casa limpa e atractiva.

1 2 3 5 6 7

17- As pessoas idosas têm demasiado poder na área dos negócios e da política.

1 2 3 5 6 7

18- A maioria das pessoas idosas prefere deixar de trabalhar logo que o montante da reforma seja suficiente para aguentar as despesas que tem.

1 2 3 5 6 7

19- Quando se pensa sobre o assunto, conclui-se que as pessoas idosas têm os mesmos defeitos que as outras pessoas.

1 2 3 5 6 7

20- Com o passar dos anos as pessoas adquirem mais sabedoria.

1 2 3 5 6 7

21- Provavelmente seria melhor se a maioria das pessoas idosas vivesse nos mesmos prédios que outras pessoas da sua idade.

1 2 3 5 6 7

22- A maioria das pessoas idosas deveria preocupar-se mais com a sua aparência pessoal. Habitualmente têm um aspecto desleixado.

1 2 3 5 6 7

23- É evidente que a maior parte dos idosos são muito diferentes uns dos outros.

1 2 3 5 6 7

24- A maioria das pessoas idosas provoca nos outros desconfiança quando convivem com elas.

1 2 3 5 6 7

25- Uma das características mais interessantes da maioria das pessoas idosas são as suas experiências do passado.

1 2 3 5 6 7

26- A maioria das pessoas idosas são irritantes, inconvenientes e desagradáveis.

1 2 3 5 6 7

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE

27- Raramente se ouvem pessoas idosas a criticar o comportamento das gerações mais novas.

1 2 3 5 6 7

28- Existe uma característica particular nas pessoas idosas: é difícil perceber o que as incentiva.

1 2 3 5 6 7

29- A maioria das pessoas idosas instala-se nos seus hábitos e são incapazes de mudar.

1 2 3 5 6 7

30- A maioria das pessoas idosas exigem excessivamente que sejam amadas e encorajadas.

1 2 3 5 6 7

31- A maioria das pessoas idosas respeita a privacidade dos outros e só dão conselhos quando são solicitadas.

1 2 3 5 6 7

32- A maioria das pessoas idosas tende a deixar as suas casas, tornarem-se desleixadas e pouco atractivas.

1 2 3 5 6 7

33- As pessoas idosas têm pouco poder na área dos negócios e da política.

1 2 3 5 6 7

34- Para manter uma zona residencial agradável é preferível que ela não seja habitada por muitas pessoas idosas.

1 2 3 5 6 7

O que é para mim a velhice -

.....

.....

.....

.....

.....

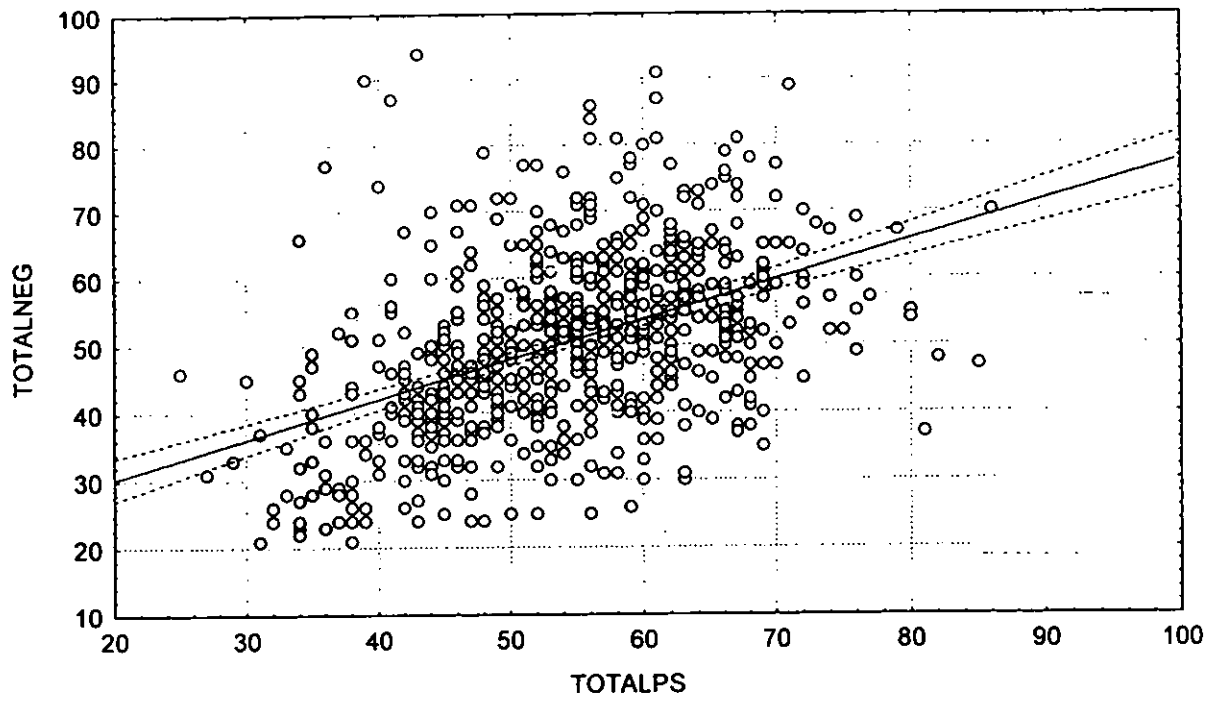
.....

.....

.....

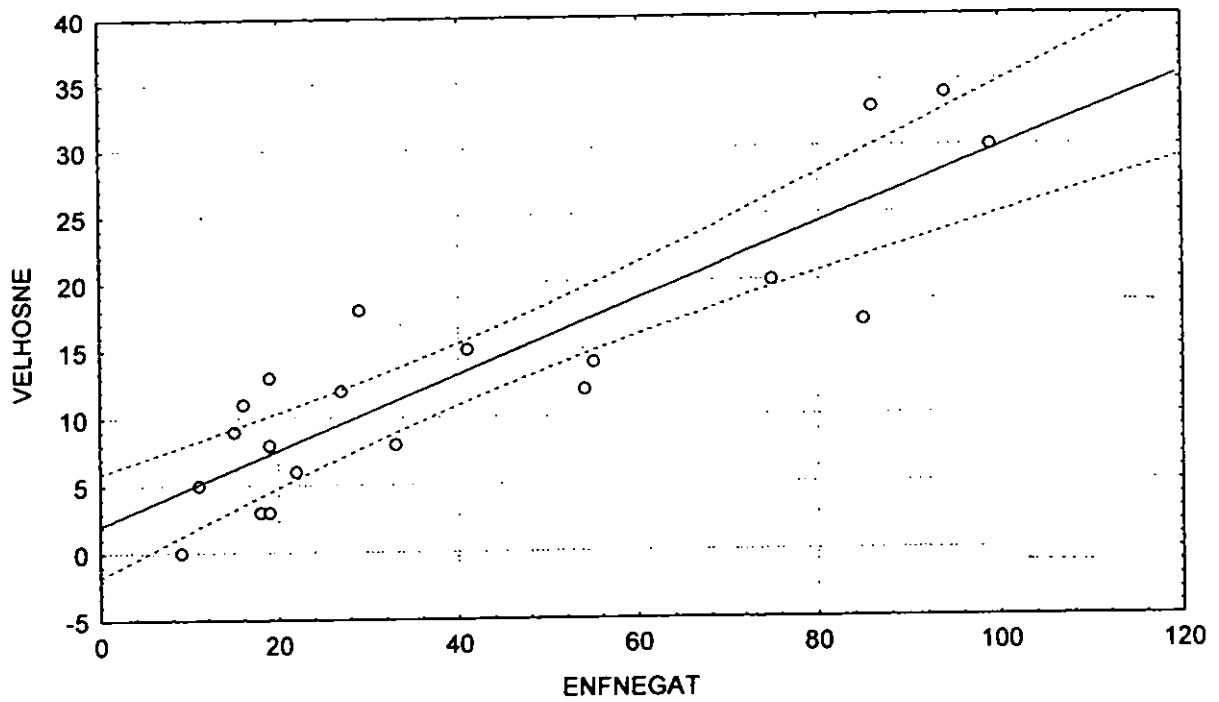
ANEXO X

Scatterplot (VIEGASR.STA 125v*672c)
 $y=18.411+0.592*x+eps$



ANEXO XI

Scatterplot (VIEGAO.STA 86v*20c)
 $y=2.049+0.278*x+eps$



Faculdade de Psicologia
Instituto de Educação
Universidade de Lisboa
BIBLIOTECA